

взаимосвязано с самодистанцированием. Вместе с тем, самодистанцирование взаимосвязано с пониманием любого жизненного опыта как значимого для жизненных изменений, с открытостью новому. Сформированная внутренняя диалогическая позиция соотносится с готовностью рисковать ради поставленных целей. Высокие значения самодистанцирования соотносятся с высоким стремлением к изменениям, но не с чувством контроля над процессом жизни. В случае нормы, следовательно, самодистанцирование соотносится с акцентом на будущих целях, но не с контролем над настоящим моментом. В ОГ высокие показатели самодистанцирования соотносятся с повышением уверенности в подконтрольности жизни, возможно, с фиксацией на этом чувстве безопасности, и не взаимосвязаны с высоким стремлением к ориентирам в будущем.

Выводы. В случае невротического расстройства личность обнаруживает снижение способности к самодистанцированию, сосредоточена на собственных переживаниях в ущерб соотносению себя с другими людьми. Затрудненность выработки внутренней диалогической позиции сопряжена со снижением чувства причастности к происходящим событиям в сравнении с нормой. Увеличивая самодистанцирование, невротическая личность акцентируется на увеличивающемся чувстве контроля над жизненными обстоятельствами. В случае нормы высокие значения самодистанцирования соотносятся с готовностью личности рисковать ради своего будущего.

ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьев, Д. А. Тест жизнестойкости / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
2. Лэнгле, А. Персональный экзистенциальный анализ / А. Лэнгле // *Psihologija individual'nosti. Novye modeli i koncepcii* [Electronic resource] / ed. E.B. Starovoitenko, W.D. Schadrikova. – Moskva: NOU VPO Moskovskij psihologo-sozialnyj institut, 2009. – S. 356–382. – Mode of access: http://langle.com/downloads/PEA_Russian.pdf. Date of access: 14.02.2018.
3. Майнина, И.Н. Стандартизация опросника «Шкала экзистенции» А. Лэнгле, К. Орлер / И.Н. Майнина, А.Ю. Васанов // *Психологический журнал*. – 2010. – № 1. – С. 87–99.

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ КАМНЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Филиппович В.А., Филиппович Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Лечение больных с доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП) в настоящее время проводится с использованием открытых операций, трансуретральных эндоскопических операций, лазерного,

ультразвукового и теплового воздействия. Большое внимание уделяется консервативной терапии, которая постоянно совершенствуется, становится более эффективной. Это позволяет чаще выполнять более щадящее лечение, чем десять лет назад. Однако зачастую сопутствующие заболевания почек и мочевого пузыря ставят перед урологами дополнительные диагностические и лечебные проблемы. К таким заболеваниям можно отнести и камни мочевого пузыря (МП). Предпосылками к образованию последних является нарушение нормального акта мочеиспускания и стаз мочи, а так же присоединение воспалительного процесса в мочевом пузыре. Чаще такое сочетание наблюдается у лиц, страдающих мочекаменной болезнью.

Цель. Оценить возможности консервативной терапии у больных с ДГП и камнями мочевого пузыря.

Методы исследования. Проанализированы результаты различных видов лечения у больных с ДГП и камнями мочевого пузыря. Из 162 больных, пролеченных в нашей клинике по поводу ДГП, у 52 диагностированы камни МП. Основную группу из них составили больные со второй стадией ДГП (123). Комплекс обследования больных, включающий в себя рентгенологическое и ультразвуковое исследование, практически всегда позволяет определить объем предстательной железы, наличие остаточной мочи, наличие камня мочевого пузыря и его размеры. Основные трудности для диагностики представляет сочетание камня мочевого пузыря и опухоли. Наличие кальцификаторов на папиллярном образовании создает иногда ложную картину камня МП. В этих случаях проведение диагностической цистоскопии позволяет окончательно установить диагноз заболевания.

Результаты и их обсуждение. Тактика у больных с ДГП и камнем мочевого пузыря проста и понятна – удаление камня и ликвидация инфравезикальной обструкции. При небольших размерах камней и объеме предстательной железы, производится одномоментная трансуретральная операция – цистолитотрипсия, электрорезекция простаты. При большом размере предстательной железы выполняется аденомэктомия с одновременным удалением камня. У больных с отягощенным терапевтическим анамнезом (ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, изменениями в свертывающей системе крови...) этапность оперативного вмешательства меняется. На первом этапе может предприниматься дистанционная литотрипсия, трансуретральная цистолитотрипсия, или цистолитотомия, если размеры камня не позволяют технически выполнить более щадящую манипуляцию. Следует отметить, что за последнее время выросло количество пациентов, настаивающих на дистанционной литотрипсии камня мочевого пузыря и отказывающихся от дальнейшего хирургического лечения по поводу ДГП. У 29 наших пациентов проведенная первым этапом дистанционная литотрипсия или цистолитотрипсия с последующим противовоспалительным лечением позволила улучшить мочеиспускание, что дало время для подготовки больного к проведению радикального лечения без наложения цистостомы. У 4

больных с ДГП такая очередность позволила полностью избежать оперативного вмешательства на предстательной железе, подобрав соответствующее медикаментозное лечение (аводарт, дуодарт, тамсулозин).

Выводы. Дифференцированный подход к лечению больных ДГП и камнями МП в современных условиях расширяет возможности лечения больных, дает в ряде случаев положительный результат и позволяет избежать операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Филиппович В.А. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы: пособие для студентов лечебного, медико-психологического и медико-диагностического факультетов / В.А.Филиппович. – Гродно : ГрГМУ, 2015. – 36 с.

2. Мартин И. Резник, Эндрю К. Новик. Секреты урологии. Перевод с английского под редакцией проф. С. Х. Аль-Шахри. Санкт-Петербург, 2003. – С. 130-133.

3. Сивков А.В. Медикаментозная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В кн. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Лопаткина Н.А. – Москва, 1997. – С. 6.

ТУР ДГПЖ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Филиппович В.А., Филиппович Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Прогресс, достигнутый за последние годы в лечении терапевтических, эндокринных, неврологических, сердечно-сосудистых и других заболеваний привел к появлению значительного количества больных ДГП, у которых помимо большого возраста имеются серьезные сопутствующие заболевания, перенесенные операции на сердце, сахарный диабет, последствия перенесенного инсульта и т.д. Это накладывает свой отпечаток на подход к лечению данной категории пациентов.

Цель. Оценить возможности трансуретральных операций для данной категории пациентов.

Методы исследования. Мы располагаем наблюдениями 85 больных пожилого и старческого возраста, которым в связи с высокой степенью операционного риска была выполнена трансуретральная резекция (ТУР) или трансуретральное рассечение предстательной железы. Средний возраст больных 76,5 лет. Среди них пожилых (60-74 лет) было 48 (56,9%), старых (75-89 лет) - 36(42,6%) и долгожителей (старше 90 лет) – 1 (0,9%). Сопутствующие заболевания: постинфарктный кардиосклероз – 43,4%, заболевания органов дыхания – 56,5%, артериальная гипертензия – 16,2%, сахарный диабет – 9,9%,