

Полесском воеводствах. В основном аптеки являлись частными, хотя в отдельных городах функционировали аптеки муниципальных, религиозных организаций, акционерные, железнодорожные, страховых касс.

Выводы. Система здравоохранения в Западной Беларуси не обеспечивала необходимого медицинского обслуживания. Новые формы организации, хотя и внедрялись, но не учитывали финансовые возможности местного населения, которое было беднейшим на территории Речи Посполитой. Система страховой медицины и санитарная организация фактически были в зачаточном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абраменко, М. Е. Очерки истории здравоохранения Беларуси 1917-1945 гг. / М. Е. Абраменко. – Гомель: ГомГМУ, 2013. – 240 с.
2. Беляцкий, Д. П. Успехи здравоохранения Западных областей БССР (К 20-летию воссоединения Западной Белоруссии) / Д. П. Беляцкий, Е. И. Шишко // Советское здравоохранение. – 1959. – № 12.
3. Вильчук, К. У. Организация медицинской помощи женщинам и детям Западной Белоруссии в межвоенный период (1921-1939) / К. У. Вильчук, А. В. Хмеленко // Актуальные вопросы современной медицины: сб. науч. труд. – Гродно, 2002. – С. 38-39.
4. Каплиева, М. П. Основные черты формирования системы здравоохранения на территории Западной Беларуси (1919-1939 гг.) [Электронный ресурс] / М. П. Каплиева, А. А. Каплиев // Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению коморбидной патологии: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гомель, 29-30 нояб. 2018 г. / ред. А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель, 2018. – С. 189-192.
5. Тищенко, Е. М. Амбулаторная помощь в Западной Белоруссии в межвоенный период (1921-1939) / Е. М. Тищенко // Журнал ГГМУ. – 2003. – № 2. – С. 89-92.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГП)

Филиппович Д. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Филиппович В. А.

Актуальность. Прогресс, достигнутый за последние годы в лечении терапевтических, эндокринных, неврологических, сердечно-сосудистых и других заболеваний привел к появлению значительного количества пациентов 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 пациентов пожилого и старческого возраста, которым в связи с высокой степенью операционного риска была выполнена трансуретральная резекция (ТУР) или трансуретральное рассечение предстательной железы. Средний возраст пациентов – 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%, неврологические заболевания – 16,25%, надлобковый мочепузырный свищ – 24,9%, острая задержка мочеиспускания – 3,5%, хроническая задержка мочеиспускания – 0,3%, хронический пиелонефрит – 51,8%, ХПН – 27,7%, почечно-каменная болезнь – 7,3%.

ТУР или трансуретральное рассечение мы проводили при сопутствующих заболеваниях, которые препятствуют традиционной аденомэктомии, а также при малом объеме предстательной железы. При наличии уремии, эпидидимита, множественных камней мочевого пузыря, малой емкости мочевого пузыря, больших дивертикулов мочевого пузыря данные операции не выполнялись.

В технике операции при ТУР мы предпочитаем бороздчатую резекцию, при которой иссекаются ткани предстательной железы в проекции 5-7 часов условного циферблата от шейки мочевого пузыря до семенного бугорка на глубину 2-3 и ширину 3-4 больших петель. Рассечение производим на 5-7 часах условного циферблата на всю глубину ДГП от шейки до семенного бугорка. Кровотечение останавливают коагуляцией кровоточащих сосудов петель резектоскопа или шариковым электродом. При рассечении гемокоагуляция не требуется. Масса удаленной ткани находится в пределах 5-10 гр. Длительность операции – 30-40 мин. Операция завершается установлением катетера Фоли на 24-48 часов.

Результаты и их обсуждение. После ТУР урологические осложнения наблюдались у 3(4%) пациентов: перфорация капсулы предстательной железы – 1, кровотечение из простатического отдела уретры – 2. Пневмония диагностирована у 1 пациента, инфаркт миокарда – у 2. Никто из пациентов не умер. Случаев тромбоэмболии легочной артерии зафиксировано не было. Урологические осложнения были купированы консервативно, терапевтические – путем назначения соответствующей терапии. Всем пациентам удалось устранить инфравезикальную обструкцию и ликвидировать цистостому.

Выводы. Представленный опыт нашей работы показывает, что при соответствующей предоперационной подготовке, адекватной послеоперационной терапии, хорошем владении техникой трансуретральных операций не следует бояться выполнять последние пожилым пациентам с сопутствующими сердечно-сосудистыми, неврологическими, эндокринными заболеваниями в стадии компенсации. Однако к выполнению ТУР и трансуретральному рассечению простаты у пожилых людей следует относиться

с большим вниманием, четко соблюдать хирургическую технику, т. к. осложнения могут быть весьма серьезными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Портной, А. С. Хирургическое лечение аденомы о рака предстательной железы. – Л.: Медицина, 1988.
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.

О НЕКОТОРЫХ ВАРИАНТАХ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГП), ОСЛОЖНЕННОЙ КАМНЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Филиппович Д. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Филиппович В. А.

Актуальность. Лечение пациентов 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 пациентов с ДГП и камнями мочевого пузыря.

Методы исследования. Проанализированы результаты различных видов лечения у пациентов с ДГП и камнями мочевого пузыря. Из 162 пациентов, пролеченных в нашей клинике по поводу ДГП, у 52 диагностированы камни МП. Основную группу из них составили пациенты со второй стадией ДГП (123). Комплекс обследования пациентов, включающий в себя рентгенологическое и ультразвуковое исследование, практически всегда позволяет определить объем предстательной железы, наличие остаточной мочи, наличие камня мочевого пузыря и его размеры.