

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК 616.61.005.1-08.634

ХАМРОЕВ ГУЛОМ АБДУГАНИЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА У
УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ГЕМАТУРИИ**

5A0117 – урология

диссертация

на соискание академической степени магистра

Научный руководитель:
кандидат медицинских наук
доцент **З.Р.Шодмонова**

Самарканд 2016

Оглавление

Список сокращений		3	
Введение		4	10
Глава 1	Гемостаз при гематурии урологической этиологии (литературный обзор)	11	36
Глава 2	Материалы и методы исследования II.1 Общая характеристика клинического материала II.2. Урологические методы исследования больных	37	46
Глава 3	Диагностика гематурии урологического характера	47	57
Глава 4	Гемостаз при урологических кровотечениях. IV.1. Гемостаз при аденомэктомии. IV.2. Гемостаз при геморрагическом цистите. IV.3. Гемостаз при травмах органов мочеполовой системы. IV.4. Гемостаз при ятрогенной гематурии	58	69
Заключения		70	71
Выводы и практические рекомендации		72	73
Описан использованной литературы.		74	89

Аббревиатура

АЭПЖ – аденомэктомия предстательной железы

ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

ИВО – инфравезикальная обструкция

ОЗМ – острая задержка мочи

ОПН – острая почечная недостаточность

ОЦК – объем циркулирующей крови

ПЖ – предстательная железа

ПРИ – пальцевое ректальное исследование

ПСА – простат специфический антиген

СНМП – симптомы нижних мочевых путей

ТМЛ – традиционные методы лечения

ТС – трансректальная сонография

ТУР – трансуретральная резекция

ХПН – хроническая почечная недостаточность

IPSS – Международная система суммарной оценки заболеваний простаты

L – качество жизни

R – количество остаточной мочи

ОП – опухоли почки

ОМП – опухоли мочевого пузыря

У – уретрорагия

ЛО – лагохилус опьяняющи

Введение

Актуальность темы. Термин гематурия состоит из двух греческих слов: *hemo* – кровь, *urion* – моча и означает наличие крови в моче. Гематурия фактически является лабораторным признаком многих урологических и неврологических заболеваний. Гиппократ писал «если больной мочится с примесью крови и гноя ... это означает наличие язвы в мочевом пузыре». Великий врачеватель Абу Али ибн Сино говорил «если больной, особенно пожилого возраста, мочится кровью с болями, это признак камня мочевого пузыря».

Талантливый хирург Фёдоров С.П. считал что «нет никакого заболевания почек, которые бы не сопровождалось с примесью крови в моче и болями».

Нас прежде всего будут интересовать гематурия урологического происхождения при:

- повреждении органов мочевыделительной системы;
- опухолях мочевыделительной системы;
- туберкулезе мочевыделительной системы;
- доброкачественной гиперплазии предстательной железы;
- заболеваниях семенного бугорка (опухоли, камень, туберкулез);
- мочекаменной болезни;
- поликистозе почек;
- гидронефрозе;
- пионефрозе;
- некрозе почечных сосочков (некротические папилиты);
- уратной нефропатии;
- хроническом пиелонефрите;
- тромбозе и эмболии почечных сосудов;
- варикозном расширении вен органов мочевыделительной системы;
- остром цистите;

-хроническом цистите;

-эндометриозе органов мочевыделительной системы.

Таким образом, очень большой удельный вес имеет гематурия урологического характера (Аллазов С.А. , 2015) [13].

Важным моментом в диагностике гематурии является определение источника или очага гематурии.

По представлениям, имевшим историческое значение, если примесь крови имеется только в первой порции мочи (инициальная или начальная), патологический процесс локализуется в передней части уретры.

Инициальная гематурия возникает при повреждениях, раке и воспалительных заболеваниях мочеиспускательного канала.

Если кровью окрашена только последняя порция мочи (терминальная или конечная), то надо предполагать патологический процесс в задней части уретры или в мочевом пузыре (воспалительный процесс шейки мочевого пузыря, семенного пузырька, простатит, рак или аденома простаты, опухоли шейки мочевого пузыря.). Наличие крови во всех порциях мочи называется тотальная гематурия и она наблюдается при опухолях почек, лоханки, мочеточников, мочевого пузыря, поликистозе почек, туберкулезе почек, пиелонефрите, мочекаменной болезни, некрозе почечных сосочков геморрагическом цистите, язве мочевого пузыря, аденоме простаты, эндометриозе, шистозоматозе мочевого пузыря и других заболеваниях.

В последнее время более популярными стали фармакологические способы гемостаза при урологических заболеваниях, основанные на обработке гемостатическими препаратами.

Многие химические гемостатические препараты (перекись водорода, спирт, формалин) обладают отрицательным воздействием на раневую поверхность ложа аденомы (прижигание, дубирование, некротизирование). В то же время разработанные и рекомендованные в последние годы биологические средства (типа «Тахокомб» и др.) хотя являются надежными, но дорогостоящими и зачастую недоступными.

Исходя из вышеотмеченных соображений целесообразным считается применение для гемостаза настоя лагохилуса, полученного из местного сырья – растения лагохилуса опьяняющего (ЛО) (*Lagochilus inebrians* Bunge), прорастающего в Центральной Азии и в Узбекистане и являющегося не только местным сильным гемостатическим средством растительного происхождения, но и обладающим общим положительным седативным свойством (Э.И. Акопов, 1986) [8].

В настоящее время, помимо травы и изготовляемого из нее водного настоя и спиртовой настойки, разрешенных фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР и применяющего в лечебной практике ещё с 1955 года, имеются также таблетки с сухим экстрактом лагохилуса, предложенные И.Э. Акоповым и Н.А. Громовой. Кроме того, этими авторами разработан новогаленовый ампулированный препарат для парентерального введения «Лагохилен» (авторское свидетельство № 271719 от 12 марта 1970г), который одобрен фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР (И.Э.Акопов. Кровоостанавливающие растения. Кровоостанавливающие и другие лечебные свойства их. Т., 1977-268с. – С. 100,101) [9].

Как нам кажется, более эффективным при гематурии урологического происхождения может оказаться обработка ложа аденомы, опухоли мочевого пузыря и т.д. водным настоем либо спиртовой настойкой лагохилуса.

Сравнительный анализ эффективности выше названных способов гемостаза при гематурии урологической этиологии можно провести путем количественного определения объема кровопотери в после операционном периоде методами Hartung R., Maurmayer W., et al., (1976) [141]; А.С. Портной(1989) [105]. Л.П.Наволодского и А.А.Паневой (1957) [95].

Предложенные методики учета объема кровопотери после аденомэктомии отличаются удобством подсчета, точностью цифровых показателей.

До сих пор сравнительный анализ эффективности разных способов гемостаза путем определения степени кровопотери изучен не в полной мере, что определило целью и задачей данного диссертационного исследования.

Мы ставили **целью** определить эффективность местного применения водного настоя или спиртовой настойки лагохилуса при заболеваниях верхних и нижних мочевых путей, сопровождающихся гематурией.

Задачи исследования

1. Ретроспективно изучить по научным материалам урологических отделений касательно применения разных способов гемостаза при заболеваниях верхних и нижних мочевых путей, сопровождающихся гематурией. А именно: травмы, геморрагический цистит, ложе аденомы после аденомэктомии, ятрогенная гематурия и др.
2. Изучить достоверность разных методов (формул) вычисления количественного определения объема кровопотери при.
3. Применить настой и настойку лагохилуса как фармакологические способы гемостаза при гематурии урологической этиологии.
4. Рассчитать экономическую эффективность различных способов гемостаза.

Научная новизна

Проведение сравнительного анализа различных способов местного гемостаза при заболеваниях верхних и нижних мочевых путей, сопровождающихся гематурией. Применение в качестве гемостатического средства водного настоя либо спиртовой настойки лагохилуса.

Практическая значимость

1. Оптимизация оценки степени кровопотери при гематурии урологической этиологии.

2. Гемостатический эффект водного настоя и спиртовой настойки лагохилуса доказан количественным определением объема кровопотери после аденомэктомии.
3. Определены критерии оценки общего состояния больных по количеству кровопотери.
4. Предложенная нами упрощенная методика отличается простотой подсчета, точностью цифровых показателей.
6. Количественная оценка объема кровопотери при гемостазе ложа аденомы 10%-ным настоем лагохилуса показывает преимущества обработки ложа данным способом.

Положения выносимая на защиту

1. Применяемые формулы количественного определения объема кровопотери отличаются простотой подсчета, точностью цифровых показателей.
2. Количественное определение объема кровопотери и положительная динамика показателей красной крови свидетельствует о преимуществах использования настоя и настойки лагохилуса в качестве местного гемостатика.

Внедрения результатов работы. Результаты научного исследования внедрены в практическую деятельность следующих учреждений:

Экстренное урологическое отделение СФ РНЦЭМП.

Урологические отделения города Самарканда и Самаркандской области.

По материал диссертации опубликованы:

1. Хамроев Г.А., Богибеков М., Арабов У.М., Полвонов Р. Реологические свойства крови и гемостаза настоем лагохилуса после экстренной аденомэктомии простаты. Актуальные вопросы медицинской науки. Материалы научной конференции студентов-медиков с международным участием. Самарканд, 5 апрель 2014г. Самарканд, 2014; 86-87.

2. Гафаров Р.Р., Тухтаев Ф.М., Хамроев Г.А., Холбеков Ж.А. Четырёхкратный рецидив инородных тел нижних мочевых путей. «ХИСТ» Всеукраїнський журнал студентів та молодих вчених, 2014; 16:310.
3. Гафаров Р.Р., Тухтаев Ф.М., Хамроев Г.А. Профилактика хирургических осложнений при аденомэктомии простаты. Сборник Трудов XV-ой научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке». 16-18 апреля 2014г. Киев 2014г; 545-546.
4. Хамроев Г.А. Оптимизация методов гемостаза у урологических больных при гематурии. Материалы 12-й Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи». (Тошкент, 22 май 2014г.). Вестник экстренной медицины 2014; 2: 236.
5. Аллазов С.А., Ишмуродов Б.Т., Абдуллаев Б.А., Хамроев Г.А., Тураев Ф.Ш., Нишонов Н.Н., Абдуллаев Т.Н. Роль «Межрайонной передвижной урологической бригады» в оказании экстренной урологической помощи. Материалы II научно-практической конференции с международным участием «Человек: здоровье, медицина, экология». 29-30 июля 2014г. Барселона (Испания). Академический журнал Западной Сибири 2014; 3(52)т.10:38.
6. Аллазов С.А., Гафаров Р.Р., Кодиров С.К., Мансуров У.М., Аллазов Х.С., Хамроев Г.А. Лагохилус в урологической практике. Материалы V научно-практической конференции с международным участием «Естественные науки: достижения нового века». (29-30 сентября 2015г.). Академический журнал Западной Сибири 2015; 4(59)т.11: 74-76.
7. Аллазов С.А., Абдуллаев Б.А., Гафаров Р.Р., Хамроев Г.А. Особенно лучевой диагностики и лечения мочевого перитонита. Тошкент, 29-30 октября 2015г. Тошкент, 2015; 72.

8. Аллазов С.А., Рахмонов Ш.Б., Кодиров С.К., Дарханов Ж.А., Хамроев Г.А. Методы гемостаза при гематурии. Научные труды. Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии. М.,2014:274-276.
9. Аллазов С.А., Гафаров Р.Р., Искандаров Ю.Н., Тухтаев Ф.М., Хамроев Г.А. Лагохилус как гемостатик при урологических кровотечениях. Doktor Axborotnomasi. 2015; 1: 57-61.
10. Хамроев Г.А. Акт №28 от 10.XI.2014г. О внедрении разработки «Применение лагохилуса у урологических больных при гематурии».
11. Хамроев Г.А. Акт №3 от 10.XI.2015г. О внедрении разработка «Анатрафическая нефротомия при помощи интраоперационной доплерографии».
12. Гафаров Р.Р., Хамроев Г.А., Туйчиев А.П., Курбонов О., Хошимов Р. Местный фармакологические метод гемостаза при урологические кровотечениях. Всеукраинские медицинских журнал молодых ученых. Материалы III международного медико-фармацевтического конгресса студентов и молодых ученых. Урология и нефрология. Черновц 2016; 559.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 89 страницах компьютерного текста шрифтом «Times New Roman», № 14, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя использованной литературы. Работа содержит 10 таблиц, 6 диаграмм и иллюстрирована 15 рисунками. Список использованной литературы включает 152 источников, из них 133 на русском и 19 на иностранном языках.

ГЛАВА I

ГЕМОСТАЗ ПРИ ГЕМАТУРИИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

(литературный обзор)

Гематурия – наличие крови в моче. Она может микроскопическая, макроскопическая и ложная. Макрогематурия – когда цвет мочи колеблется от цвета мясных помоев до темного цвета со сгустками крови. Микрогематурия (эритроцитурия) определяется под микроскопом и встречается при разнообразных патологических процессах в организме.

Следует различать макрогематурию от уретроррагии, т.е. выделение крови из уретры вне мочеиспускания. Макрогематурия считается чрезвычайным симптомом, встречающимся чаще всего при опухолях мочевыделительной системы (Аллазов С.А., 2015).

Гематурия обусловленная опухолевой болезнью, возникает до болевого синдрома, в то же время при мочекаменной болезни появлению крови в моче предшествует болевой синдром.

Следует подчеркнуть что до сих пор не существует подробной, окончательной классификации гематурии, по этому приведём этиологическую классификацию гематурии (табл. 1), разработанной З. Зикриллаевым, М.З. Зикриллаевым (1966) [56].

Таблица 1. Этиологическая классификация гематурии.

Урологическая патология	Неурологическая патология
1. Опухоли	1. Болезни крови
2. Повреждения	2. Коллагенозы
3. Туберкулез	3. Медикаментозые коагулопатии
4. Паразитарные заболевания	4. Иммунные нефропатии
5. Заболевания предстательной железы	5. Генетические нефропатии

6. Мочекаменная болезнь	
7. Аномалии	
8. Воспалительные процессы.	

В связи с учащением гематурии ятрогенного характера, возникающие при инструментальных исследованиях, и эндоурологических манипуляциях, а также дистанционной и контактной литотрипсии, данную классификацию несколько видоизменили.

В группу гематурии урологического происхождения включили также гематурия после инструментальных вмешательствах, после эндоурологического лечения, после дистанционной и контактной литотрипсии и после перкутанных вмешательствах в почках и мочевых путях.

Гематурия — наличие крови в моче.

Макроскопическая гематурия — пациент отмечает наличие крови в моче.

Микроскопическая гематурия — кровь определяется в моче при микроскопии осадка или с помощью тест-полосок. Микроскопической гематурией считается наличие 3-10 эритроцитов или более в поле зрения микроскопа. Она может сопровождаться другими урологическими симптомами или выявляться при обычном плановом обследовании.

Микроскопическая гематурия не опасна. Несколько эритроцитов могут определяться в моче здоровых людей. Верхней границей экскреции эритроцитов считается 1 млн/сут. Транзиторная микроскопическая гематурия может наблюдаться после физической нагрузки, сексуальной активности или быть результатом контаминации при менструации. При ежегодном обследовании здоровых военнослужащих в течение 12 лет у 40% микроскопическая гематурия определялась однократно и у 15% — дважды (Зайцев Андрей Владимирович — д-р мед. наук, проф. кафедры урологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития России 2013г).

Урологическими причинами гематурии являются:

- Рак — мочевого пузыря, почки (аденокарцинома), почечной лоханки и мочеточника, предстательной железы.
- Камни — почки, мочеточника, мочевого пузыря.
- Инфекция — бактериальная, туберкулез, паразитарная (шистосомоз), инфекционный уретрит.
- Воспаление — циклофосфамидный цистит, интерстициальный цистит.
- Травма — почки, мочевого пузыря, уретры (в том числе травматическая катетеризация), перелом костей таза с разрывом уретры.
- Кистозные заболевания почки (например, спонгиозная почка).
- Другие урологические причины: ДГПЖ (большие размеры, наличие расширенных вен), аномалии сосудов.
- Нефрологические причины появляются чаще у детей и подростков и включают, как правило, IgA-нефропатию, гломерулонефрит, реже — мембранопролиферативный гломерулонефрит, синдром Шенляйна-Геноха, васкулиты, синдром Альпорта и др.

Другими медицинскими причинами гематурии могут быть врожденные расстройства свертывающей системы крови (например, гемофилия), терапия антикоагулянтами (например, варфарином), некроз почечных сосочков, серповидно-клеточная анемия, заболевания сосудов (например, инфаркт почки).

Обычное урологическое обследование включает посев мочи (при подозрении на наличие инфекции мочевыводящих путей), цитологическое исследование мочи, цистоскопию, ультрасонографию почек и экскреторную урографию (Сегал Александр Самуилович — д-р мед. наук, проф. кафедры урологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития России 2013г).

Диагностическая цистоскопия. В настоящее время цистоскопию выполняют гибким цистоскопом с фиброоптикой. В случаях, когда

предварительное обследование указывает на наличие опухоли мочевого пузыря, выполняют цистоскопию и биопсию мочевого пузыря с помощью ригидного цистоскопа под общей анестезией (или трансуретральную резекцию мочевого пузыря) (рис. 2-1-2-3, см. цв. вклейку).

В случаях, когда причина гематурии (микроскопической или макроскопической) не установлена, некоторые специалисты считают необходимым дальнейшее обследование, приводя в например результаты исследований, выявивших серьезные заболевания у части пациентов при выполнении ретроградной уретерографии, эндоскопического обследования мочеточника и почечной лоханки (уретероскопии), КТ с контрастированием и почечной ангиографии. Другие полагают дальнейшее обследование необязательным, ссылаясь на отсутствие очевидного развития рака в течение 2-4 лет при наблюдении за пациентами с микроскопической или макроскопической гематурией (Раснер Павел Ильич — канд. мед. наук, доц. кафедры урологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития России 2013г).

Следует рекомендовать КТ почек и мочеточников, а также ретроградную уретерографию:

- у пациентов с высоким риском развития переходно-клеточной карциномы (ПКК);
- при наличии персистирующей микрогематурии в течение 3 мес;
- при наличии персистирующей макрогематурии

Нормальная моча содержит <3 эритроцитов в поле зрения микроскопа при сильном увеличении (около 1000 эритроцитов в 1 мл мочи: верхняя граница составляет 5000-8000 в 1 мл мочи).

Острый цистит, возникающий обычно внезапно после действия провоцирующего фактора (переохлаждение, инструментальное вмешательство, коитус и др.), характеризуется частым и болезненным мочеиспусканием (дизурия), болями в области мочевого пузыря и

промежности, возможным выделением крови в конце акта мочеиспускания.

Терминальная гематурия возникает при преимущественном поражении шейки мочевого пузыря и мочепузырного треугольника вследствие выделения крови из разрыхленной, воспаленной слизистой оболочки мочевого пузыря при его сокращении. Чем сильнее выражен воспалительный процесс в мочевом пузыре, тем чаще позывы на мочеиспускание и интенсивнее боли.

При тяжелых формах острого цистита больные вынуждены мочиться через каждые 15-20 мин днем и ночью. Постоянные болевые импульсы в воспаленной слизистой оболочке мочевого пузыря вызывают сокращение детрузора и повышение внутрипузырного давления, поэтому скопление в мочевом пузыре даже небольшого количества мочи приводит к императивному позыву на мочеиспускание. Хронический цистит характеризуется разнообразной клинической картиной, варьирующей от легкого ощущения дискомфорта в нижних отделах живота до резко выраженных болей в зоне проекции мочевого пузыря, постоянной дневной и ночной поллакиурии, императивных позывов на мочеиспускание (Говоров Александр Викторович — канд. мед. наук, доц. кафедры урологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития России 2013г).

Инфекционный процесс характеризуется наличием большого количества микроорганизмов и лейкоцитов в моче, различной выраженностью и тяжестью проявлений. Клиническое проявление заболевания зависит от типа уропатогенов, их вирулентности и резистентности к антимикробным агентам, а также в известной степени от состояния организма и ряда других факторов. Патогенез не всегда бывает достаточно ясен, а клиническое течение может быть неосложненным или осложненным. Многообразие специфических факторов, взаимодействующих между макроорганизмом и внедрившимися микроорганизмами, определяет прогресс заболевания.

Рецидивирующий характер течения заболевания часто обусловлен действием как внутренних факторов риска (повышенная адгезия к эпителию, более выраженная вагинальная колонизация и др.), так и внешних

(использование спермицидов, противозачаточных диафрагм и кондомов, особенно со спермицидами). У части женщин выявляется корреляционная связь между степенью сексуальной активности и появлением симптомов острого цистита в течение 24-48 ч.

Моча, выделяемая больными с острым циститом, может быть мутной, что обусловлено наличием в ней большого количества бактерий, лейкоцитов, десквамированного эпителия и эритроцитов. Острый цистит редко сопровождается повышением температуры тела, поскольку практически отсутствует резорбция из мочевого пузыря. Повышение температуры тела и озноб при остром цистите свидетельствуют о развитии восходящего пиелонефрита (рефлюкс-пиелонефрит) за счет возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса (Берников Александр Николаевич — канд. мед. наук, доц. кафедры урологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития России 2013г).

Диагностика острого цистита основывается на перечисленных выше симптомах: болях, дизурии, пиурии, терминальной гематурии. При пальпации мочевого пузыря отмечается болезненность в надлобковой области. Диагноз подтверждают лабораторными данными (наличие большого количества лейкоцитов в средней порции мочи). Бактериурия может быть ассоциирована с пиурией и симптомами заболевания, но не всегда. Концепция «значимой» бактериурии была предложена E. Kass в 1960 г. Количество микробов более чем 100 000 колониеобразующих единиц (КОЕ) в 1 мл мочи свидетельствует об ИМП даже при отсутствии клинических симптомов. Деривация микроорганизмов из инфицированных тканей приводит к их дальнейшему росту и размножению в моче. Этот процесс происходит достаточно быстро при наличии грамотрицательной флоры. Вместе с тем низкий титр некоторых микроорганизмов, рост которых в моче замедлен, должен считаться значительным. К этим микроорганизмам относятся коагулазоотрицательные стафилококки и микобактерии туберкулеза. Низкий титр может быть результатом приема антибактериальных препаратов, а также подавляющего

действия рН мочи и ее компонентов. Медленный рост бактерий наблюдается на ранней стадии развития воспалительного процесса. Примерно у 20-40% женщин с симптомами ИМП микробное число составляет менее 100 000 КОЕ в 1 мл мочи. Выявлена статистически значимая взаимосвязь между низким бактериальным титром (от 100 до 10 000 КОЕ в 1 мл) и симптомами острого цистита у молодых женщин (Гвоздев Михаил Юрьевич — канд. мед. наук, доц. кафедры урологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития России 2013г).

В последнее время стало очевидным, что не существует фиксированного количественного показателя «значимой» бактериурии, который можно использовать при различных клинических проявлениях ИМП. В связи с этим у женщин с СНМП порогом «значительной» бактериурии предлагают считать наличие более 100 КОЕ известных микроорганизмов в 1 мл мочи.

Клинически значимыми являются следующие показатели бактериурии (по рекомендациям IDSA/ESCMID с изменениями):

- >10³ КОЕ уропатогенов в 1 мл средней порции мочи при остром неосложненном цистите у женщин;
- >10⁴ КОЕ уропатогенов в 1 мл средней порции мочи при остром неосложненном пиелонефрите у женщин;
- >10⁵ КОЕ уропатогенов в 1 мл средней порции мочи у женщин или >10⁴ КОЕ уропатогенов в 1 мл средней порции мочи у мужчин либо в моче, полученной с помощью катетера у женщин, при осложненной

Травма почек составляет 1-5% от общего числа травм. Выделяют два вида травмы почки: тупую и проникающую. Тупая травма составляет 97% всех повреждений почки в Европе и 90% в США. Эта классификация используется для определения показаний к оперативному вмешательству с целью остановки кровотечения. Накопленный значительный опыт ведения больных с травмой почек показывает, что в 95% случаев при тупой травме почки возможно успешное консервативное лечение, тогда как 50% колотых ран и 75% огнестрельных ранений требуют оперативного лечения.

Причинами тупой травмы почки является

1. Прямой удар в область почки.
2. Быстрое ускорение или торможение.
3. Комбинация 1 и 2.

Быстрое торможение нередко приводит к повреждению почечной ножки (разрыву почечной артерии и вены или их тромбозу, повреждению J1MC) в связи с тем, что она является местом прикрепления почки к другим фиксированным ретроперитонеальным структурам.

Наиболее частой причиной травмы бывает автомобильная авария (прямой удар с быстрым ускорением, а затем торможением). По внешнему виду незначительные повреждения (например, падение с лестницы), прямое падение на поясничную область или спортивные повреждения могут приводить к серьезной травме почки.

Колотые или огнестрельные раны поясничной области, нижних отделов грудной клетки, передней брюшной стенки могут приводить к травме почки. Примерно у 50% пациентов с проникающими ранами и гематурией имеется III, IV или V степень тяжести травмы почки. Проникающие ранения по передней аксиллярной линии чаще вызывают повреждения почечных сосудов и лоханки, в то время как ранения по задней аксиллярной линии нередко приводят к менее серьезным повреждениям паренхимы почки. Таким образом, пациентам с повреждениями почки при боковых колотых ранениях (от задней до передней аксиллярной линии) часто оперативное лечение не требуется.

Почки находятся в забрюшинном пространстве и окружены жировой клетчаткой, позвоночником, мышцами спины, нижними ребрами и органами брюшной полости. Они относительно хорошо защищены от травмы, и для их повреждения необходимо значительное по силе воздействие (только у 1,5-3% пациентов с травмами встречается повреждение почек). При серьезной травме могут быть сочетанные повреждения — селезенки, печени, брыжейки кишечника. Наличие травмы почки сначала в ряде случаев бывает не столь

очевидным. Для подтверждения или исключения травмы почки необходимо рентгенологическое исследование. Степень повреждения почки можно определить по данным КТ (табл. 2).

Таблица 2. Шкала определения степени поражения при травме почек*

Степень	Определение
I	Контузия и не увеличивающаяся субкапсулярная гематома без признаков разрыва почки
II	Не увеличивающаяся паранефральная гематома, разрыв коркового слоя почки глубиной не более 1 см без признаков экстравазации
III	Разрыв коркового слоя почки глубиной более 1 см без признаков экстравазации (затекания мочи за пределы 4ЛС)
IV	Разрыв кортикомедулярного слоя почки до 4ЛС или повреждение сегментарных вен и артерий почки с нарастающей гематомой
V	Размозжение почки, отрыв почки от почечной ножки или повреждение магистральных почечных сосудов

* Адаптировано по материалам Американской ассоциации хирургической травмы.

Рак мочевого пузыря по частоте встречаемости занимает 2-е место среди онкоурологических заболеваний. Среди опухолей различной локализации РМП принадлежит 7-е место у мужчин и 17-е место у женщин. Ежегодно в мире диагностируется около 357 000 новых случаев заболевания (Пушкарь Дмитрий Юрьевич — д-р мед. наук, проф., заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой урологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздравсоцраз - вития России» (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития России 2013г).

Факторы риска:

- Пол. Мужчины болеют в 2,5-3 раза чаще, чем женщины, что связывают

нередко с наличием остаточной мочи в мочевом пузыре у мужчин.

- *Возраст увеличивает риск развития РМП*, который диагностируется чаще у пациентов старше 50 лет.
- *Расовая принадлежность*. Афроамериканцы реже болеют раком мочевого пузыря, чем представители белой расы, однако прогноз заболевания у них бывает хуже.
- *Канцерогены*, относящиеся к окружающей среде и содержащиеся в моче, могут вызывать развитие заболевания.
- *Хроническое воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря*: камни мочевого пузыря, постоянный уретральный катетер, яйцеклетки *Schistosoma haematobium* (бильгарциоз) могут оказывать влияние на развитие плоскоклеточного рака мочевого пузыря.
- *Курение* является серьезным фактором риска развития РМП. Табачный дым содержит канцерогены *4-aminobiphenyl (4-ABP)* и *2-naphthylamine*. Медленное ацетилирование 4-ABP в печени N-ацетилтрансферазой и глутатион-Б-трансферазой M1 (GST M1) или индукция энзима цитохром P-450 1A2 усиливает канцерогенное действие мочи на уротелий. У курящих людей РМП развивается в 2-5 раз чаще и имеется высокий риск рецидива заболевания.

Предполагают, что в 30-50% случаев причиной развития РМП является курение.

- *Профессиональные вредности*, особенно контакт с ароматическими гидрокарбонами (бензидин, анилин, 2-нафтиламин, 4-аминодифенил), являются общепризнанным фактором риска развития РМП. В группу риска развития РМП входят работники полиграфической, химической, резиновой, нефтяной и кожевенной промышленности. При этом латентный период между воздействием канцерогена и появлением заболевания может составить 25-45 лет.
- *Лекарства*: фенацетин® и циклофосфамиды.
- *Лугевая терапия* заболеваний органов малого таза.

- Основным симптомом заболевания (85% случаев) является тотальная безболевая гематурия. Она может быть инициальной (начальной) или терминальной в зависимости от поражения шейки мочевого пузыря или простатического отдела уретры. Примерно у 34% пациентов старше 50 лет и у 10% моложе 50 лет с макрогематурией имеется рак мочевого пузыря.
- Асимптоматическая микроскопическая гематурия, выявляемая при лабораторном исследовании мочи. До 16% женщин и около 4% мужчин имеют микрогематурию: менее 5% из них моложе 50 лет и 7-13% старше 50 лет болеют РМП.
- Боль наблюдается не во всех случаях, даже если наступает обструкция верхних мочевыводящих путей, поскольку этот процесс развивается постепенно.
- СНМП, такие как urgentное мочеиспускание и боль над лоном. При этом наблюдается микроскопическая или макроscopicкая гематурия. Данная клиническая картина характерна для так называемого опухолевого цистита при CIS.
- Рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей и пневматурия в результате распада опухоли с образованием пузырно-толстокишечного свища встречается реже, чем при доброкачественных заболеваниях (дивертикулит или болезнь Крона).
- При распространенных формах заболевания могут наблюдаться увеличение в объеме нижних конечностей за счет лимфатической и венозной обструкции, боли в костях, потеря массы тела, анорексия и анурия (почечная недостаточность вследствие билатеральной обструкции мочеточников).
- При аденокарциноме урахуса могут наблюдаться геморрагические или слизистые выделения из пупка, а также наличие опухоли в этой области (встречается редко).

Осмотр и физикальное обследование могут выявить:

- бледность кожных покровов за счет анемии вследствие потери крови или ХПН;

- наличие объемного образования над лоном, а при ректальном пальцевом исследовании — наличие опухолевого инфильтрата выше предстательной железы или вовлекающего ее.

Переходно-клеточные опухоли, составляющие 90% опухолей верхних мочевыводящих путей, представлены инвертированной папилломой, фиброэпителиальным полипом, сквамозно-клеточной карциномой (связанной нередко с коралловидным нефролитиазом), аденокарциномой и разными редкими неэпителиальными опухолями, включая саркому.

- Переходно-клеточные опухоли почечной лоханки встречаются нечасто и составляют 10% опухолей почки и 4% всех ПКК.
- Переходно-клеточные опухоли мочеточника развиваются редко и составляют лишь 1% вновь выявленных опухолей. Половина из них имеет мультифокальный рост, 75% локализуются дистально и только 3% — в проксимальном отделе мочеточника.

Факторы риска развития переходно-клеточных опухолей верхних мочевыводящих путей аналогичны таковым при ПКК мочевого пузыря.

- Мужчины болеют в 3 раза чаще, чем женщины.
- Частота возникновения данных опухолей увеличивается с возрастом.
- Курение повышает риск развития опухоли в 2 раза, кроме того, имеют значение различные профессиональные вредности.
- ПКК не имеет генетически обусловленных наследственных форм, хотя наблюдается высокая частота развития этого вида опухолей у жителей некоторых районов стран Балканского полуострова («балканская нефропатия»), причина которой остается до конца не выясненной.

Опухоль обычно имеет папиллярную структуру, но иногда солидную. Двустороннее поражение наблюдается в 24% случаев. Возникает внутри почечной лоханки, реже в одной из чашечек или мочеточнике. Гистологические характеристики встречающихся ПКК-опухолей представлены ниже. Для стадирования опухолей используется классификация TNM. Распространение происходит:

- путем прямой инвазии, включая почечную и нижнюю полую вены;
- по лимфатическим путям в парааортальные, паракавальные и тазовые лимфатические узлы;
- гематогенным путем (чаще всего наблюдается в печень, легкие и кости).

Клиническая картина складывается из следующих проявлений:

- Безболевая макрогематурия (80%).
- Боль в поясничной области (30%), причиной которой нередко является отхождение сгустка крови по мочеточнику.
- Отсутствие клинических проявлений на момент обнаружения, диагностируется одновременно с поражением мочевого пузыря.

Ультрасонография является ценным методом выявления паренхиматозных опухолей почки, но недостаточно чувствительным для выявления опухолей почечной лоханки и мочеточника. Диагноз обычно основывается на результатах цитологического исследования мочи, экскреторной урографии или КТ-урографии соответственно при обнаружении опухолевых клеток и дефекта наполнения в мочевыводящих путях. В сомнительных случаях выполняют селективное цитологическое исследование мочи, ретроградную уретеропиелографию или уретерореноскопию (гибким уретероскопом).

При отсутствии информации об источнике гематурии при УЗИ и цистоскопии рекомендуется выполнение экскреторной урографии или КТ. Для уточнения стадии заболевания выполняют абдоминальную КТ с контрастированием, рентгенографию легких и в ряде случаев изотопное сканирование костей.

Стадирование осуществляется согласно системе TNM (1997) после гистологического подтверждения диагноза.



Рис 1. Цистоскопия. Выделение окрашенной кровью мочи из устья левого мочеточника.

Камни почек могут давать характерные симптомы, но иногда выявляются случайно во время обследования по другим показаниям. Характерные симптомы включают боль и гематурию (микроскопическую или даже макроскопическую). Наличие струвитов сопровождается клинической картиной рецидивирующей ИМП. Больные могут отмечать недомогание, слабость и потерю аппетита. Реже струвитные камни дают серьезные инфекционные осложнения: пионефроз, паранефрит, септицемию, ксантагранулематозный пиелонефрит.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) распространена настолько, что многие исследователи говорят о неизбежности этого состояния у мужчин, проживших достаточно долго, чтобы ДГПЖ успела развиваться. Статистика свидетельствует, что ДГПЖ составляет 36% всех заболеваний мужчин старше 50 лет. К 80 годам 80% мужчин страдают этим недугом.

Гистологически ДГПЖ определяется у большинства мужчин старше 40 лет. Вначале отмечается появление стромальных узелков в периуретральной области переходной зоны предстательной железы. За злоообразованием

следует непосредственно железистая гиперплазия. Исходя из вышеприведенной этапности появления патологических изменений, а также на основании динамики основных показателей качества мочеиспускания доказано, что ДГПЖ является прогрессирующим заболеванием. Основными признаками прогрессии ДГПЖ являются усиление клинических проявлений по данным вопросников, увеличение количества остаточной мочи, ослабление объемной скорости мочеиспускания, а также развитие острой и хронической задержки мочи.

Этиология заболевания изучена недостаточно. Тем не менее на основании многочисленных исследований в этой области было предложено несколько теорий, объясняющих постепенное увеличение предстательной железы у мужчин старшего и пожилого возраста. Учитывая тот факт, что предстательная железа является гормонально-зависимым органом, в основе всех теорий лежит идея гормональной перестройки организма, наступающей в 45-55 лет и получившей название «мужской климакс». На фоне нарушения баланса андрогенов и эстрогенов происходит замедление апоптоза в ткани предстательной железы. С другой стороны, наблюдается активация большего, нежели обычно, количества стволовых клеток. В результате бурной экспансии роста стволовых клеток и нарушения процессов клеточной смерти (апоптоза) происходит увеличение объема предстательной железы. Другая теория объясняет эти изменения накоплением клетками предстательной железы тестостерона в ответ на снижение его концентрации в сыворотке крови. Тестостерон, под действием фермента 5 α -редуктазы переходя в активную гормональную форму - дигидротестостерон (ДГТ), связывается с андрогеновыми рецепторами внутри клеток и запускает процесс репликации ДНК, что приводит к увеличению объема предстательной железы. Вероятно, лишь комплексный подход к изучению этиологии и патогенеза ДГПЖ может дать представление о причинах возрастных изменений предстательной железы, и не какой-то один, а все приведенные выше механизмы ответственны за увеличение объема предстательной железы.

Клинически данное заболевание проявляется различными симптомами, связанными с нарушением пассажа мочи по нижним мочевыводящим путям, в их числе: необходимость просыпаться ночью, чтобы опорожнить мочевой пузырь, уменьшение напряжения струи мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания и наличие трудно сдерживаемых позывов на мочеиспускание. Часто к вышеперечисленным симптомам присоединяется затруднение в начале акта мочеиспускания, более выраженное утром и заставляющее пациентов натуживаться. Все вышеперечисленные симптомы зачастую объединяются общим названием - «симптомы нижних мочевыводящих путей» (СНМП). При отсутствии адекватного лечения на конечных стадиях заболевания резко возрастает риск возникновения острой задержки мочи и почечной недостаточности. Необходимо помнить, что СНМП не являются строго специфичными для ДГПЖ и могут встречаться при раке предстательной железы, простатите, нейрогенных расстройствах мочеиспускания и многих других заболеваниях (Пушкарь Дмитрий Юрьевич — д-р мед. наук, проф., заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой урологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития России» (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздравсоцразвития России 2013г).

Все более популярными становятся фармакологические способы гемостаза при аденомэктомии, основанные на обработке ложа гемостатическими препаратами с непрерывным гидравлическим отмыванием его от фибринолитических энзимов и с ориентацией на физиологическое сокращение шейки мочевого пузыря.

Многие химические гемостатические препараты (перекись водорода, спирт, формалин) обладают отрицательным воздействием на раневую поверхность ложа аденомы (прижигание, дубирование, некротизирование). В то же время разработанные и рекомендованные в последние годы

биологические средства (типа «Тахокомб» и др.) хотя являются надежными, но дорогостоящими и зачастую недоступными.

Исходя из вышеотмеченных соображений целесообразным считается применение для гемостаза после аденомэктомии настой лагохилуса, полученного из местного сырья – растения лагохилуса опьяняющего (ЛО) (*Lagochilus inebrians* Bunge), прорастающего в Центральной Азии и в Узбекистане и являющегося не только местным сильным гемостатическим средством растительного происхождения, но и обладающим общим положительным седативным свойством (Э.И. Акопов, 1986) [8]. Применение лагохилуса в качестве гемостатика может оказаться оправданным при опухолях мочевыводящих путей, травмах, фимозных кровотечениях, геморрагическом цистите, обработке ложа аденомы после аденомэктомии, ятрогенной гематурии.

Учет особенностей ангиоархитектоники самой интактной ткани предстательной железы, аденоматозных узлов и их хирургической капсулы, зачастую способствует правильному планированию профилактики кровотечения [2,37,144].

ДГПЖ сопровождается как качественными, так и количественными сдвигами в гемодинамике [49]. По ультразвуковым доплерографическим данным автора, эти изменения в гемодинамике проявляются повышением пиковых скоростей кровотока в уретральных (в среднем до $14,8 \pm 5,2$ см/с) и капсулярных (до $16,8 \pm 4,3$ см/с) артериях, а также индекса резистентности до $0,72 \pm 0,09$, [14,15,39].

По данным Петричко М.И. и соавт. (2011) [102] увеличение предстательной железы при доброкачественной гиперплазии сопровождается изменением гемодинамических показателей органа: снижается скорость кровотока в капсулярных артериях, увеличивается скорость кровотока в парауретральных артериях, а также возрастает индекс резистентности во всех группах артерий предстательной железы.

Предложено много механических и фармакологических способов остановки кровотечения из ложа аденомы простаты. [131,149,150].

По свидетельству Карпенко В.С., Богатова О.П. (1981) [64] наиболее древний из них – временное сдавление ложа аденомы пальцами и промывание горячим раствором.

Не в далеком прошлом наиболее распространено было тампонирование ложа предстательной железы марлевым тампоном длиной 2-3м, с выведением конца наружу через операционную рану [3,26,37,48,75,81,118,127]. Некоторые авторы тампонируют не только ложе аденомы, также всю полость мочевого пузыря, хотя этим вряд ли можно добиться нормального гемостаза.

Савченко Н.Е. и соавт. (1976) [108] для гемостаза при аденомэктомии применяли рассасывающий тампон из монокарбоксицеллюлозы. Хотя гемостатический эффект марли из растительной целлюлозы при аденомэктомии был отмечен и другими урологами [38,135], однако в дальнейшем выяснилось их раздражающее действие, вызывающие отечность и инфильтраты в тканях, а также плохое их рассасывание [57,70].

Пропитывание тампонов такими кровоостанавливающими препаратами как гемофобин, формалин, спирт, перекись водорода, аминокaproновая кислота, протамин сульфат, фибриноген, тромбин, трасилол также не оправдали надежды [18,48,59,74,94,98,99].

Тампон, по мнению большинства авторов, считается проводником инфекции, хотя при постоянном орошении полости мочевого пузыря антисептиками вряд ли этот довод будет иметь значение.

Существенным недостатком тампонирования является его неэффективность остановки позднего кровотечения [91,96,97,104].

Разыгрывание инфекции после тампонирования может усилить местного фибринолиза и как следствие вторичного кровотечения [40,76,118,129,137,139].

В настоящее время методом выбора является одномоментная аденомэктомия с наложением глухового шва, называемая прежде «идеальной».

Для этого Harris S.H. (1934) [140] и Hryntschak Th. (1953) [142] одними из первых применили методику ушивания сосудов ложа предстательной железы кетгутowymi нитками. Предложены разные модификации ушивания ложа аденомы [24,92,106].

Однако все способы ушивания ложа хирургической капсулы могут привести к деформации и рубцовому стенозу шейки мочевого пузыря, образованию в отдаленные сроки предпузыря (Лопаткин Н.А., 1987;) [72].

Остановка кровотечения в ложе аденомы простаты наиболее ответственный и трудный этап операции в связи с глубоким залеганием источников кровотечения и трудностью визуализации ложа при постоянном залипании кровью. Подсчет кровопотери в ходе оперативного вмешательства аденомэктомии, а при необходимости и в первые дни после него является объективным и важным критерием оценки состояния больных в послеоперационном периоде [110,111.112].

В разные годы в клинике урологии СамМИ применялись разнообразные способы гемостаза при аденомэктомии: тампонирование ложа, ушивание хирургической капсулы и ложа, наложение съёмных швов на ложа (низведение шейки мочевого пузыря) и в данное время фармакологический местный способ (обработка ложа настоем лагохилуса опьяняющего). При последнем способе мы пользовались главным образом 10% водным настоем лагохилуса, который готовится по VIII Государственной фармакопее.

При аденомэктомии интраоперационное и послеоперационное кровотечение из ложа аденомы (иногда и предоперационное) объясняется не только нарушением целостности сосудов. Согласно объяснениям В.С. Карпенко и О.П. Богатова (1981) [64] «не менее важная роль в генезе кровотечений принадлежит гемокоагуляционным расстройствам, которые происходят в результате операционной травмы паренхимы предстательной железы, затекания инфицированной мочи в ложа железы и почечной недостаточности. Операционная травма предстательной железы, паренхима

которой богата фибринолизокиназами, повышает фибринолитическую активность крови в послеоперационном периоде путем выделения фибринолитических энзимов».

До сих пор сравнительный анализ эффективности разных способов гемостаза при чреспузырной аденомэктомии путем определения степени кровопотери в после операционном периоде ждет своего решения.

К химическим местным гемостатическим препаратам относятся перекись водорода, адреналин (сосудосуживающие средства), эpsilon-аминокапроновая кислота (ингибитор фибринолиза), капрофер (карбонильный комплекс треххлористого железа с аминокaproновой кислотой), феракрил (неполная железная соль полиакриловой кислоты), карбазохром, воск, геласпон (препарат желатина), серджисел (регенерированная целлюлоза), препараты группы гастрозол, статизол, инфузол (плен кообразующие аэрозолом на основе полиметакрилатов), коллагеновые пластины тахокомб [17,25,45,138,143,151].

При этом следует учесть, что у больных с ДГПЖ имеет место исходная гиперкоагуляция, подтверждающаяся снижением времени свертывания крови по Ли-Уайту, уменьшением АЧТВ и снижением фибринолитической активности (Клар С., 1987;)[65]. Фактически имеет место первая стадия ДВС – синдрома, т.е начальная гиперкоагуляция, которая в дальнейшем вследствие операционной травмы, гематологических сдвигов может перейти во вторую, а иногда и в третью стадии (Айвазян А.В., 1992;) [4].

По утверждению А.С. Портного (1989) [105] причинами прогрессирования ДВС – синдрома является исходное для данной категории больных снижение ОЦК за счет плазменного объема, значительная для старческого возраста операционная и послеоперационная кровопотеря, болевой синдром и травматичная операция на простате, богатой тканевым тромбопластином [115].

С первых суток после аденомэктомии у большинства больных выявляется вторая стадия ДВС – синдрома (Nickel J., 2003;) [147] тяжесть течения

которой коррелирует с объемом кровопотери в раннем послеоперационном периоде. Местные изменения в ложе вылущенной аденомы соответствуют ДВС – синдрому с коагулопатией потребления и патологическому фибринолизу характерному больным старческого возраста. Интенсивность кровотечения при этом зависит от интенсивности местного фибринолиза, соответственно активации тканевого тромбопластина простатической ткани. Цепь этого механизма замыкается тем, что гиперактивация местного фибринолиза способствует фибринолитическому кровотечению из ложа аденоматозного узла.

Но более грозным осложнением при этом считается тромбозы, что на долю чреспузырной аденомэктомии приходится 30-63% от всех хирургических вмешательств (Roberts R., Lieber M., 1999;) [148], что требует всем пациентам в послеоперационном периоде регулярного исследования системы гемостаза и коррекцию его нарушения антикоагулянтной терапией непрямими антикоагулянтами. Наряду с этим важно определить рациональную методику послеоперационного обезболивания как средства профилактики развития острого инфаркта миокарда и связанной с ним смерти в раннем послеоперационном периоде аденомэктомии.

Здесь следует исходить из основ коагулопатии, выделенная в тромбгеморрагический синдром общебиологического значения [83], в последствии названного ДВС-синдромом, который развивается вследствие образования тромбина в кровотоке и характеризуется следующими двумя фазами: I – фаза гиперкоагулемии, как результат усиления тромбопластической активности крови и II – фаза гипокоагулемии, касающаяся в основном фибринообразовательного процесса.

Но по современным представлениям деление на эти две фазы считают не состоятельным, так как оба процесса протекает одновременно и наличие клинических проявлений того или иного синдрома зависит от конкретной ситуации, а также от этиологических факторов (гемолитико-уремический синдром, острый гломерулонефрит и др.) [89]. Авторы выделяют острое ДВС

(генерализованное) – выраженный геморрагический синдром и подострое – которому более характерен тромбоэмболический синдром, при котором кровоточивость наблюдается реже.

При данным Каримова Х.Я. и соавт (2011) [63] скрининговый метод диагностики нарушения системы гемостаза включает определение количество тромбоцитов, агрегации тромбоцитов, продуктов деградации фибрина, фибринолитической активности, протромбинового индекса, активированного частичного тромбопластинового времени, тромбинового времени, антитромбина III, времени свертывания крови.

На фоне повсеместного применения гемостатических средств начали учащаться тромбоэмболические осложнения [21,44,50,68,71,77,134].

Так, по наблюдениям А.С. Портного (1989) [105], П.И.Русакова и соавт. (2002)[107] на 5-7 сутки после операции у некоторых больных развивается тромбоэмболия легочной артерии.

В разные годы различными результатами в качестве гемостатиков были апробированы «амбен» (ингибитор фибринолиза) [105], «нафтазон» [136]; змеиный яд (Асимов А.С., Ибодуллаев И.А., 1992) [16].

Сочетанное местное применение гемостатиков (трасилол + аминокaproновая кислота) в первые после операционные дни снижает кровопотери при аденомэктомии.

Точно также определенного снижения кровопотери добились путем местного применения 5% фенола M.N. Muzafer, (1987) [145] аппликацией ложа аденомы раствором гризотоксина 1:1000. В.И. Дунчик, А. Асимов (1964) [45], инъекции в ложа аденомы 5000 ед. тромбина R. Suzukietal. (1986) [150], местной инстилляцией фибриносодержащего адгезивного препарата берипласт M. Lukeetal. (1986) [143]. Но они зачастую отторгаются и в связи с чем они почти не рассасываются, создают помеху для дренажной системы после аденомэктомии [20,31,32,82].

В последнее время появились более надежные кровоостанавливающие покрытия раневой поверхности, которые с успехом начали применять при аденомэктомии.

Так, В.П. Русаков и соавт. (2002) [106], С.В.Першин и соавт. (2003) [100,106]., Р.А. Скоп, и соавт. (2006) [116], С.П. Даренков и соавт. (2007) [42]., Е.И. Назаров и соавт. (2009) [88]., Е.И. Назаров (2009) [89] разработали и применяли интраоперационный способ гемостаза при чреспузырной аденомэктомии с помощью адсорбирующего гемостатического покрытия (гемостатические пластины «тахокомб», фибрин – коллагеновые биополимеры). Но и этот современный способ гемостаза позволяет снизить объем кровопотери в 1-е сутки после операции лишь на 56,4%.

Итак, приведенные выше все существующие способы гемостаза так и не считаются окончательными, а также не исключают развития различных осложнений при чреспузырной аденомэктомии [10,11,12,114,133].

В этом направлении является актуальной апробация новых способов гемостаза с применением гемостатических средств отечественного производства из природных растительных ресурсов [33].

В этом аспекте заслуживает внимания разработка и внедрение в практику гемостатического препарата лагоден[62].

О.У. Зайнутдиновым и соавт. (1991) [52], О.У. Зайнутдиновым (1997) [51] установлено стимулирующее действие лагодена на процесс свертывания крови, последнее довольно быстро переходит из кровеносного русла в ткани, аккумулируется в почках, печени и мозге и выводится из организма с фекалиями (39,5%) и через органы мочевыделительной системы (43%).

В этом смысле привлекательным является, как нам кажется, еще один препарат - настой и настойка из лагохилуса, разрешенным Фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР ещё 8 января 1955г., как кровоостанавливающего средства препаратов лагохилуса, а в последующем - как и седативного средства [8,9,122].

Об этом препарате А.Ф. Гаммерман, И.И. Гром (1976) [33] отметили, что «за последние десятилетия выявлено замечательное лекарственное растение лагохилус или зайцегуб – *Lagochilus inebrians* Bunge из семейства губоцветных, дающий кровоостанавливающий эффект превосходящий по силе известных до сих пор кровоостанавливающие средства».

Механизм «универсального» гемостатического действия препаратов лагохилуса опьяняющего при различных кровотечениях объясняется в связи с некоторыми его свойствами: ускорения процесса свертывания крови, уменьшения проницаемости сосудов, снижения уровня артериального давления, седативностью и анальгезивностью.

По мнению Gibba (1967) [138] имеющейся в ткани предстательной железы фибринолитический фермент может вызвать фибринолиз непосредственно. Доказано, что местный фибринолиз в ложе удаленной аденомы простаты осуществляется под действием таких ферментов, как стрептокиназа, стафилокиназа и урокиназа. Они попадают в ложе аденомы сразу после её вылуцивания. Об этом свидетельствуют клинические исследования В.В. Жила (1971) [51], В.Н. Ткачук и Е.Т. Голощапова (1976)[37,121], которые на основании изучения коагулограмм у больных до и после аденомэктомии, установили, что по мере инфицирования и нарастания почечной недостаточности происходят определенные сдвиги как в свертывающей, так и в противосвертывающей системах крови (Федоров П.П., 1969;) [124].

Сравнительный анализ эффективности выше названных способов гемостаза при аденомэктомии можно провести путем количественного определения объема кровопотери в после операционном периоде (Шахмачев В.И., 2003;) [130].

По данным Мухтарова Ш.Т. (2002) [86], этот показатель рассчитывается с учетом количества промывной жидкости или мочи по формуле предложенной Hartung R., Maurmayer W., etal., (1976) [141]:

$$X=V \times H_{в1}/H_{в2}$$

где: X – величина кровопотери (мл);

V – объем промывной жидкости/мочи (мл);

Hb1 – гемоглобин промывной жидкости/мочи (г/л);

Hb2 – гемоглобин крови больного (г/л).

По его данным кровопотеря во время трансуретральной абляции составляет 5-40,0 (18,8 ± 1,8) мл, при ТУРП – 60,0-700,0 (265± 57,6) мл, в первые сутки соответственно 5,0±50,0(16,2±1,9) мл и 6,0-89,0 (42,2+7,3) мл.

А.С. Портной(1989) [105] объем кровопотери при аденомэктомии определяет по следующей формуле:

$$V_n = C \cdot K / V \cdot G,$$

где: V_n – объем кровопотери в течение первых суток после операции(мл);

C – суточный объем мочи(мл);

K – концентрация свободного гемоглобина, Н моль/л;

V – венозная концентрация гемоглобина, Н моль/л;

G – показатель гематокрита.

О.У.Зайнутдинов (1997) [51] воспользовался формулой Л.П.Наволодского и А.А.Паневой (1957) [91]:

$$X = Hb(m) \times V / Hb(kp)$$

где: X- объема кровопотери в мл

Hb(мл)-гемоглобин мочи или промывной жидкости в г/л.

Hb(кр)-гемоглобин крови в г/л.

V-количество мочи или промывной жидкости в мл.

По его расчетам кровопотеря во время операции равняется 246,17± 21,66 мл, в послеоперационном периоде – 410,0± 28,1 мл, общая -656,18± 45,77 мл.

Кроме этих формул Акилов Ф.А. и соавт.(2011) [5] воспользовались формулой Ткачук В.Н. и соавт.(1985) [122]:

$$X=Vx \text{ НВ жид } / \text{НВ кр.}$$

где: X-величина кровопотери в мл.

V- количество промывной жидкости в мл, в том числе, в жидкости которой отмыты операционные материалы;

НВ жид – гемоглобин в промывной жидкости в г/л;

НВ кр - гемоглобин крови до операции в г/л.

Указанные методы определения количества кровопотери и учет объема потерянной крови во время операции аденомэктомии могут являться критериями не только в оценке состояния больного, но и выбора метода оптимального оперативного вмешательства и способа гемостаза при хирургическом лечении заболеваний предстательной железы, среди которых до сих пор самой часто встречающаяся проблематичной является ДГПЖ.

Последнему вопросу и посвящается данная диссертационная работа.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

II.1. Общая характеристика клинического материала.

Проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование 110 больных с гематурией при заболеваниях мочевыводящих путей.

Диссертационная работа основана на анализе результатов обследования и оперативного лечения 110 пациентов с урологической гематурией, находившихся на лечении в Самаркандском филиале (директор – к.м.н. доцент Юлдашев Ш.С.) Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи, а также в других лечебных учреждениях Самаркандской области за период 2013 – 2016 гг. Средний возраст больных составил 52 лет (в пределах с 18 до 86 лет).

Больных боли разделены на 6 групп, исходя от причинного характера факторов (урологические заболевания), приводивших к гематурии (табл. 3).

Таблица 3.

Урологические заболевания, как причинные факторы гематурии.

№ Группа больных	Заболевания	Количество	
		Абсолют количество	%
I	Геморрагический цистит	36	32,7 %
II.	Травмы	25	22,7%
III.	Аденомэктомия	39	35,4%
III. 1.	- во время операции	22	20%
III. 2.	- ближайший послеоперационный период	12	10%
III. 3.	- отдаленный послеоперационный период	5	4,5%
IV.	Ятрогенная гематурии (ятрогенные состояние)	10	9,0%

Всего		110	100 %
-------	--	-----	-------

Больные I группы (36 пациента) с геморрагическим циститом гемостатическую терапию получали параллельно с антибактериальной терапией. Местная гемостатическая терапия осуществлялась путём инстилляций различных гемостатических препаратов, в том числе и настоя и настойки лагохилуса.

Больные с повреждениями мочеполовых путей (II группа – 25 пациентов) нами были отобраны следующим образом: 6-больных с разрывом уретры и 10 больных с внебрюшинным повреждением мочевого пузыря.

Основную группу составляли 39 больных (III группа) с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, у которых интраоперационно, в послеоперационном периоде и на отдаленных сроках после операции.

У них отмечалась макрогематурия (иногда тампонада мочевого пузыря), по поводу которой проводилось сквозное промывание мочевого пузыря, а во время операции ложе обрабатывалось настоем или настойкой лагохилуса по разработанной нами методике.

Последняя IV группа больных (10 пациентов) состояла из больных, у которых после урологических манипуляций (катетеризация мочевого пузыря, бужирование уретры, установление катетера или стента в мочеточник) отмечалась макрогематурия, по поводу которых наряду с общими и местными гемостатиками применяли также 10%-ный настой или 12%-ную настойку лагохилуса опьяняющего.

Распределение больных по возрасту в каждой группе соответствует международному стандарту деления, а сроки проявления макрогематурии, выявленные подробным сбором анамнеза с определением времени появления первых симптомов макрогематурии.

II.2. Методы исследования больных. В наших исследованиях определяли в сравнительном аспекте в четырех репрезентативных (одинаковых в половом, возрастном и сезонных аспектах) группах больных

моновариантным, бивариантным и мультивариантным анализом. Достоверным считалось значение $P \leq 0,05$.

II.2.1. Балльная оценка состояния больных. Мы взаимодействовали у Исаева Г.Э.(2009) [60] балльную оценку состояния больных с ДГПЖ с некоторыми видоизменениями (табл. 4).

Таблица 4.

Методика балльной оценки больных ДГПЖ.

№	Признак	Балл
1	Лихорадка отсутствует (менее или равно 37°C)	0
2	37,1-37,5°C	1
3	37,6-38°C	2
4	>38°C	3
Ознобы		
5	Отсутствуют	1
6	Есть	0
Тахикардия(>90 с.с./мин)		
7	Отсутствует	0
8	Имеется	1
Частота дыхания(в мин.)		
9	≤20	0
10	>20	1
Дизурические явления		
11	Отсутствуют	0
12	Умеренные	1
13	Выраженные	2
Боли в пояснице		
14	Нет	0

15	Есть	1
Боли надлоном		
	Нет	0
	Ест	1
Патологические изменения в анализе мочи		
16	Нет	0
17	Есть	1
Обнаруживается возбудитель инфекции		
18	Нет	0
19	Да	1
20	Смена возбудителя	2
Учащенное мочеиспускание в течение суток		
21	Нет	0
22	До 5раз	1
23	До 10 раз	2
24	До 20 раз и более	3
Никтурия		
25	Нет	0
26	До 5раз	1
27	До 10 и боле	2
Непроизвольное капельное выделение мочи		
28	Нет	0
29	Есть	1

II.2.2.Проводились следующие общепринятые лабораторные методы исследования:

Клинический анализ крови [22], микробиологическое исследование мочи [67,117] и креатинин сыворотки крови.

II.2.3. УЗИ. Ультразвуковые волны частотой от 1,25 до 15 мГц могут быть получены в виде узкого пучка, которые можно фокусировать в определенном направлении при помощи ультразвуковых датчиков. Пучок ультразвука, проходя через различные ткани человеческого организма, частично или полностью отражается или поглощается на границе различных сред. Это дает возможность при помощи ультразвукового луча получить изображение слоев различных тканей и представление о макроструктуре внутренних органов.

В настоящее время созданы ультразвуковые диагностические установки, которые позволяют одновременно получить одно- и двухмерное изображение органов. Обычно проводят контактное сканирование, при котором датчик имеет непосредственный контакт с объектом. Для хорошего контакта, а также исключения прослойки воздуха кожу смазывают вазелиновым маслом. Исследование почек проводят со стороны спины в положении больного на животе, а иногда со стороны живота. Мочевой пузырь исследуют в положении на спине.

УЗИ проводилось на аппарате Digi Prince Mindray-6600, Китай, 2007 года выпуска.

Трансабдоминальное и трансректальное УЗИ в сочетании ультразвуковой цветовой ангиографии и доплерографии способствует оценке состояния предстательной железы. Как основные эхографические признаки ДГПЖ при этом выявляются увеличение размеров и объема предстательной железы, изменение её формы, нарушение соотношения центральной и периферической частей, также гипоэхогенные узлы. Последние обычно неправильной формы с нечеткими и неровными контурами [49]. По данным автора, чувствительность сериональной эхографии при ДГПЖ достигает до 96,6%, специфичность – 100%, а точность – 96,6%.

II.2.4. Урофлоуметрия

Измерение тока мочи, позволяющее дать объективную количественную оценку акта мочеиспускания. В последние годы предложено большое

количество приборов урофлометров для определения объемной скорости мочеиспускания.

Проводится в обычном для мочеиспускания положении: у мужчин стоя, у женщин сидя, у детей до 6 мес лежа, от 6 мес до 2 лет сидя. Исследование можно повторять многократно. Техника выполнения урофлоуметрии зависит от избранной методики. Простейший способ урофлоуметрии измерение времени мочеиспускания и определение объема выделенной мочи. Для его проведения требуются только градуированный сосуд и хронометр или часы с секундной стрелкой. Исследуемый мочится в сосуд. Измеряют время от начала появления до исчезновения струи мочи и объем выделенной за это время мочи. Простым делением объема мочи на время мочеиспускания получают его среднюю объемную скорость, чему мы и прибегли исходя из возможностей стационара. Нормальные показатели последней находятся в пределах 15-45 мл/с (с средним 20 мл/с); в пожилом и старческом возрасте она снижается до 5-10 мл/с, а при значительной инфравезикальной обструкции – 4-5 мл/с и менее.

Существуют другие, более сложные, методики и аппараты для урофлоуметрии, определяющие объем выпущенной единицу времени мочи по ее массе, скорости прохождения через конусовидный сосуд, по изменению давления в контейнере для мочи, по принципу проволочной тензометрии; изотопная урофлоуметрия и др. Урофлоуметрию следует применять в комплексе с цистометрией и сфинктерометрией.

II.2.5. Оценка качества жизни. Влияние мочевых симптомов на качество жизни в основном оценивается вопросом номер 8 в опроснике IPSS. Однако, этот вопрос скорее оценивает степень терпимости пациентов к симптомам, чем качество их жизни. При клинических исследованиях был использован ряд средств для оценки здоровья и качества жизни. Один из наиболее известных это общее руководство, обзор здоровья по медицинским исследованиям результатов в краткой форме, состоящий из 36 пунктов (СФ 36). Это вопросник заполняется пациентами самостоятельно, используется для оценки общего состояния здоровья и качества жизни. Его применяли в ряде

исследований мужчин с симптомами нижнего мочевого тракта. Использование этой шкалы при опросе по почте 217 мужчин 55 лет и старше с СНМТ показало, что в зависимости от вида деятельности от 9 – 49% мужчин со средними и тяжелыми симптомами мочевого тракта испытывают их влияние на повседневную деятельность. Повышающаяся степень тяжести симптома ухудшала общее физическое состояние, влияла на общественную работу, на жизнедеятельность на психику больного и на здоровье в целом. Увеличивающееся «беспокойство» ассоциировалось с ухудшением общего состояния здоровья и качества жизни. Связь между результатами данного обследования населения и степенью «беспокойства» проявлялась сильнее чем в IPSS.

Между прочим даже размеры аденомы не всегда отражается на качестве жизни больного. Так, по наблюдению О.В. Бархоменко (2011) [19] при размерах аденомы 87x70x89мм и объема 283 см³, у больных не было остаточной мочи, а качество жизни больного практически не страдала.

II.2.6. Показатели качества жизни. Как указывают А.Дж. Вейн, Э.С.Ровнер (2006) [28]. наиболее деликатным, но при этом наиболее важным критерием для суммарной оценки влияния ДГПЖ с клиническими проявлениями на больного и эффективность лечения служит качество жизни. В то же время какие либо согласованные критерии оценки и сравнительного анализа показателей качества жизни специфичные для ДГПЖ, не разработаны.

Этот вопрос рассматривается с первого международного согласительного комитета по лечению ДГПЖ, начиная с 1991 года. По признанию Комитета, хотя разработанная схема не отражает всего воздействия нарушений мочеиспускания на качество жизни, но она служит отправной точкой или материализованным вопросником для диалога врача и больного при приступлении обследованию.

Ниже приводим « Систему суммарной оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы»

По самым последним и международным представлениям качество жизни определяют как интегральную составляющую физического, психического и

социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии [46,59].

Вопросник IPSS удачно адаптирована государственному языку в Узбекистане с учетом языковых, культурных и социально – демографических особенностей местного населения [6,7,93].

II.2.7. Определение объема кровопотери. Количественное определение объема кровопотери во время или послеоперационных периодах, проводили путем вычисления при помощи следующих формул:

Формула Hartung R., Maurmayer W. et al. (1976) [141]:

$$X = V \times Hb1 / Hb2, \text{ где}$$

X- величина кровопотери (мл),

V- объем промывной жидкости (мочи),

Hb 1- гемоглобин промывной жидкости (мочи), (г/л),

Hb 2- гемоглобин крови больного (г/л).

Формула А.С. Портного (1989) [105]:

$$Vn = C \times K / V \times G, \text{ где}$$

Vn- объем кровопотери, в течение первые суток после операции (мл),

C- суточный объем мочи,

K- концентрация свободного гемоглобина, Н моль/л,

V- венозная концентрация гемоглобина, Н моль/л

G- показатель гематокрита.

формула Л.П. Наволодской и А.А. Паневой (1957) [95]:

$$X = Hb (м) \times V / Hb (кр), \text{ где}$$

Таблица 5.

Система суммарной оценки симптомов в баллах (от 0 до 35) при заболеваниях предстательной железы, предложенная Американской ассоциацией урологов (IPSS – International Prostate Symptom Score).

МЕЖДУНАРОДНАЯ СИСТЕМА СУММАРНОЙ ОЦЕНКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОСТАТЫ В БАЛЛАХ (I-PSS)						
	Нет	Реже, чем 1 раз из 5 Случаев	Менее, чем в половине случаев	Примерно половине случаев	Более в Половине Случаев	Почти Всегда
1.В течение последнего месяца как часто у Вас было ощущение неполного опорожнения	0	1	2	3	4	5

мочевого пузыря после мочеиспускания?						
2.В течение последнего месяца часто у Вас была потребность мочиться ранее, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5
3. Как часто в течение последнего месяца мочеиспускание было с перерывами?	0	1	2	3	4	5
4.В течение последнего месяца как часто Вы находили трудным временно воздержаться от мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5
5.В течение последнего месяца как часто Вы ощущали слабый напор мочевой струи?	0	1	2	3	4	5
6.В течение последнего месяца как часто Вам приходилось прилагать усилия, чтобы начать мочеиспускание?	0	1	2	3	4	5
	Нет	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 или более раз
7.В течение последнего месяца как часто в среднем Вам приходилось вставать, чтобы помочиться, начиная со времени, когда Вы ложились спать, и кончая временем, когда Вы вставали утром?	0	1	2	3	4	5
Суммарный балл I-PSS = Шкала беспокойств, вызванного симптомами нарушения мочеиспускания						
	очень хорошо	Хорошо	удовлетворительно	смешанное чувство	Неудовлетворительно	с неудовлетворением
8.Как Вы отнеслись к тому, если бы Вам пришлось жить с имеющимися у Вас урологическими проблемами до конца жизни?	0	1	2	3	4	5
Индекс шкалы беспокойств BS						

X- объем кровопотери в мл,

$X = \frac{Hb(m) \times V}{Hb(kp)}$, где

X- объем кровопотери в мл,

Hb (м)- гемоглобин мочи или промывной жидкости в г/л,

Hb (кр)- гемоглобин крови в г/л,

V- количество мочи или промывной жидкости в мл.

формула Ткачук В.Н. и соавт. (1985) [122]:

$$X=V \times Hb_{\text{жид}} / Hb_{\text{кр}}$$

где, X – величина кровопотери в мл;

V – количество промывной жидкости в мл, в том числе, где отмыты операционные материалы;

Hb жид – гемоглобин в промывной жидкости в г/л;

Hbкр – гемоглобин крови до операции в г/л.

II.2.8. Подготовка водного настоя лагохилуса опьяняющего для использования.

Настой водный лагохилуса (1:10 или 1:20) — 5% и 10% готовится, согласно государственной фармакопее СССР, VIII издания, из расчета 1 г чашелистиков на 10 г кипятка (5% настой) или 1 г чашелистиков на 20 г кипятка (20% настой). Настой должен иметь вид заваренного чая, быть розрачным, при стоянии несколько мутнеющим. Вкус — горький, ароматический. Хранить в прохладном месте не более 2—3 дней. Доза настоя для взрослых — по 1 чайной ложке 3—6 раз в день.

Настой готовится из расчета: 3 столовые ложки чашелистиков лагохилуса на 1 стакан кипятка, с настаиванием в течение 6—8 часов. Чашелистики отпускаются аптеками больным без рецепта для приготовления настоя на дому.

10% настой может применяться в качестве местного кровоостанавливающего средства при хирургических операциях. Для этой цели употребляют марлевые салфетки, обильно смоченные в настое чашелистиков лагохилуса опьяняющего, которые прикладывают на кровоточащие ткани на 2—3 минуты.

ГЛАВА III.

ДИАГНОСТИКА ГЕМАТУРИИ УРОЛОГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

В последнее время в связи с увлечением малоинвазивными методами лечения и новыми технологиями почти забыто использование гемостатических растительных препаратов при традиционной (открытой) аденомэктомии, к которой в более половине случаев приходится прибегать в практической урологии [7,9].

Убедительно доказан гемостатический эффект препарата «лагоден» при аденомэктомии простаты [2,7]. Также при единичных случаях аденомэктомии П.М. Шорлуян [137] и И.М. Мамышевым [79] в качестве гемостатика использован кровоостанавливающий препарат – лагохилус опьяняющий.

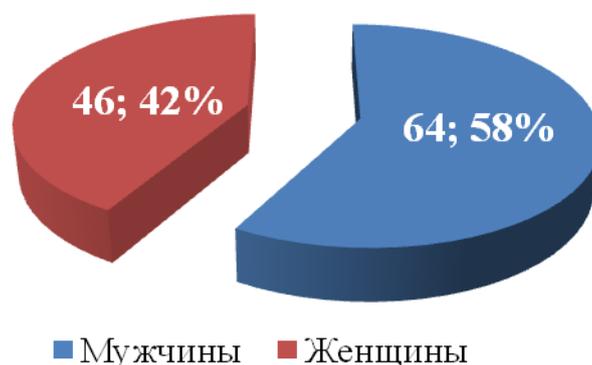
В этом смысле привлекательным является, как нам кажется, настой и настойка из лагохилуса, разрешенные фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР ещё 8 января 1955 г., как кровоостанавливающее, а в последующем и как седативное средство [8].

Целью настоящего исследования является установление эффективности настоя и настойки лагохилуса при различных урологических кровотечениях.

Таблица 6. Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст	Мужчины	Женщины
17 – 30	11	9
31 – 40	10	6
41 – 50	9	4
51 – 60	14	8
61 – 70	9	6
70 и выше	19	5

Распределение больных по полу



Распределение больных по возрасту

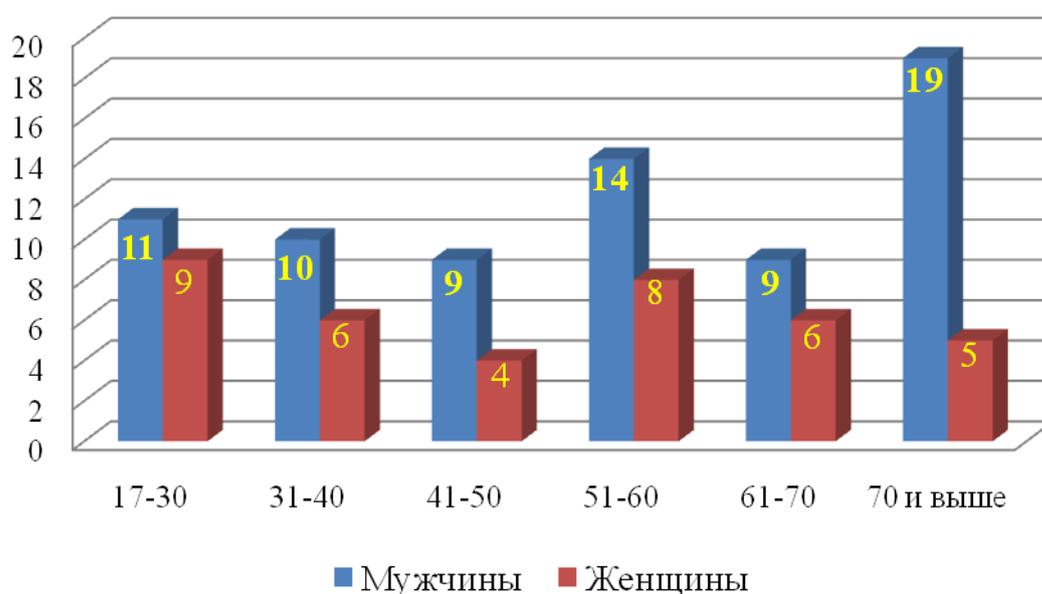


Таблица 7. Распределение больных по сопутствующим заболеваниям.

Частота и структура сопутствующих соматических заболеваний у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Выявленные заболевания	Группы						Всего 110
	Геморрагический цистит n=32	Опухоль и мочевых путей n=12	Формикальное кровоотечение n=4	Травмы мочевыводящих путей n=16	Аденома n=36	Ятрогенная гематурия n=10	

Ишемическая болезнь сердца	2 (6,3%)	1 (8,3%)	-	1 (6,3%)	4 (11,1%)	-	8(7,3%)
Гипертоническая болезнь	1 (3,1%)	1 (8,3%)	-	1 (6,3%)	2 (5,5%)	1 (10%)	6 (5,5%)
Хронический бронхит	2 (6,3%)	1 (8,3%)	1 (25%)	-	1 (2,7%)	-	5 (4,5%)
Хронический гастрит	1 (3,1%)	2 (16,7%)	-	1 (6,3%)	2 (5,5%)	1 (10%)	7 (6,4%)
Язвенная болезнь желудка и 12 п.к	1 (3,1%)	-	-	1 (6,3%)	1 (2,7%)	-	3 (2,7%)
Сахарный диабет	1 (3,1%)	-	-	1 (6,3%)	1 (2,7%)	-	3 (2,7%)
Хронический холецистопанкреатит	1 (3,1%)	1 (8,3%)	1 (25%)	-	1 (2,7%)	-	4 (3,6%)
Всего	9(25%)	6 (85,7)	2 (25%)	5 (83,3 %)	12 (33,3 %)	2 (20%)	36 (32,7%)
Сочетанная соматическая патология	11 (61,1%)	15 (71,4%)					26 (66,7%)

Мы предлагаем производить инстилляциии уретры и полости мочевого пузыря при некоторых их заболеваниях и патологических состояниях (уретроррагия, геморрагический цистит, кровотечения во время, в послеоперационном и отдаленном периодах после аденомэктомии, опухоли мочевого пузыря), сопровождающие кровотечением (микро- и

макрогематурия), а также обработку операционных ран при урологических вмешательствах настоем и настойкой лагохилуса.

Настой водный лагохилуса (1:10 или 1:20) – 5% и 10% готовится, согласно государственной фармакопее СССР, VIII издания, из расчета 1 г чашелистиков на 10 г кипятка (5% настой) или 1 г чашелистиков на 20 г кипятка (20% настой). Настой должен иметь вид заваренного чая, быть прозрачным, при стоянии несколько мутнеющим. Вкус–горький, ароматический. Хранить в прохладном месте не более 2-3 дней. Доза настоя для взрослых – по 1 чайной ложке 3-6 раз в день. В домашних условиях настой готовится из расчета: 3 столовые ложки чашелистиков лагохилуса на 1 стакан кипятка, с настаиванием в течение 6-8 часов. Чашелистики отпускаются аптеками больным без рецепта для приготовления настоя на дому.

Настойка лагохилуса опьяняющего (тинктура) готовится из чашелистиков настаиванием на 96° спирте (этиловом алкоголе) в течение 12 дней, при периодическом встряхивании, при соотношении: 10 частей (весовых) чашелистиков на 90 частей (объемных) спирта. Настойка в прохладном месте может храниться неопределенное время без изменения своих свойств. Доза настойки для взрослых – 1 чайная ложка на 1/4 стакана воды 3-5 раз в день [3].

Действие настоя при приеме внутрь проявляется через несколько часов, а при приеме настойки – в течение 20-30 минут. Настой и настойка в указанных дозах не токсичны и кумулятивным действием не обладают.

Настои и настойки лагохилуса опьяняющего показаны к применению:

а) при кровотечениях с нормальным содержанием протромбина крови (белка, содержащегося в плазме крови), из которого образуется фермент тромбин, необходимый для свертывания крови, а также при гипотромбинемии (при пониженном содержании протромбина). Эти препараты повышают процесс свертывания крови, уменьшают проницаемость сосудистой стенки, повышают тонус гладкой мускулатуры матки;

б) при лечении кровотечений различной этиологии – травматических (преимущественно настойка), маточных при климактерических и фиброматозных, легочных, носовых и других;

в) при лечении и профилактике кровотечений, сопровождающихся нарушениями со стороны центральной нервной системы, проявляя при этом выраженные седативные (успокаивающие) свойства;

г) в профилактических целях в течение нескольких дней до предстоящей хирургической операции или очередной менструации, когда ожидается большая кровопотеря.

д) наружное применение настоя лагохилуса. 10% настой может применяться в качестве местного кровоостанавливающего средства при хирургических операциях. Для этой цели употребляют марлевые салфетки, обильно смоченные в настое чашелистиков лагохилуса опьяняющего, которые прикладывают на кровоточащие ткани на 2-3 минуты. Точно также настой может применяться при порезах и носовых кровотечениях.

В целом, для обработки поверхности послеоперационных ран более пригодна настойка лагохилуса, спиртовая основа которой обладает и бактерицидными свойствами.

Для внутривполостного использования при сквозном промывании пригоден как водный настой, так спиртовая настойка лагохилуса. Для инстилляций уретры или мочевого пузыря целесообразно применение настоя лагохилуса, учитывая нежелательный прижигающий эффект спирта в составе настойки. Нами с профилактической целью настой или настойка назначалась перед операцией, сопровождающейся большой кровопотерей (аденомэктомия).

Описанные препараты были применены у 110 больных: 10 – ятрогенная гематурия, 36 – геморрагический цистит, 39 - после операции аденомэктомии: во время операции - 22, в ближайшем послеоперационном периоде - 12 и в отдаленном послеоперационном периоде - 5 (табл. 8).

Таблица 8.

Нозологическая характеристика наблюдаемых больных

Заболевание	Кол-во (n)
Ятрогенная гематурия после:	10
а) инструментальных исследований	5
б) бужирования	3
в) полипэктомии уретры	2
Геморрагический цистит	36
Аденомэктомия:	39
- во время операции,	22
- ближайший послеоперационный период	12
- отдаленный послеоперационный период	5
Травмы мочевыводящих путей	25
Всего:	110

Нами произведена оценка эффективности местного применения спиртовой настойки и водного настоя лагохилуса при заболеваниях верхних и нижних мочевой путей, сопровождающихся гематурией, к которым относятся травмы, геморрагический цистит, ложе аденомы после аденомэктомии, ятрогенная гематурия и др.

Гемостаз при различных случаях осуществляется следующим образом: после очищения кровяных сгустков уретры и мочевого пузыря путем катетеризации, при помощи одноразового шприца непосредственно в уретру и мочевой пузырь вводится 10% водный настой лагохилуса опьяняющего, приготовленный накануне в аптечных условиях, с соблюдением требований антисептики. Процедура повторяется в зависимости от течения патологического процесса 1 раз в сутки в течение 5-6 дней, или же проводится непрерывное сквозное промывание мочевого пузыря в течение нескольких суток через трехпросветный катетер типа Фолей.

Моновариантный анализ полученных результатов показал, что применение настоя лагохилуса в виде инстилляции способствует

прекращению кровотечения из уретры или мочевого пузыря в течение от 10 мин до 1 часа.

Временное (в течение 5-6мин) приложение турунды, смоченной настоем и настойкой лагохилуса в ложе аденомы из 32 больных с уретроррагией у 29 дало хороший гемостатический эффект и через 10-30 минут отмечалась остановка кровотечения, у 2-х пришлось прибегать электрокоагуляции, а у одного – к ушиванию.

При сквозном орошении полости мочевого пузыря за 2-3 суток у больных с геморрагическим циститом или опухолью мочевого пузыря, а также при операции аденомэктомии макрогематурия прекратилась, мочевой пузырь удалось очистить от кровяных сгустков и стало возможным осуществление оперативного вмешательства (цистолитотрипсия – 2, цистолитотомия –2, резекция стенки с дивертикулом – 2, резекция мочевого пузыря с опухолью – 4).

Гемостаз во время операции аденомэктомии осуществлялся путем временной (в течение 5-6 мин) тампонады турундой смоченной настоем лагохилуса. После 1 или 2-3-кратной кратковременной тампонады обычно достигается гемостаз. Из 60 больных у 59 удалось осуществить гемостаз таким способом, только у 1 – пришлось ушивать ложе.

После операции у всех больных в течение 4-5 дней осуществлялось орошение полости мочевого пузыря через дренажные трубки дезинфицирующим раствором с добавлением настоя лагохилуса из расчета 1000 мл дез. р/р: 100 мл настоя. В дальнейшем на отдаленных сроках после операции (1-6 мес.) у 9 больных отмечалось макрогематурия (n=6) и тампонада мочевого пузыря кровяными сгустками (n=3) по различным причинам (камни мочевого пузыря – 3, дивертикулы – 2, гнойно-геморрагический цистит – 4). Им был установлен трехпросветный катетер Фолея и осуществлено непрерывное промывание мочевого пузыря дезинфицирующим раствором + настоем лагохилуса в вышеуказанном расчете.

Настойку лагохилуса мы использовали при гемостазе операционной раны в ходе самой операции (37 больных) и в послеоперационном периоде для гемостаза в связи с кровотечением при удалении дренажных трубок (n=3), а также при ревизии послеоперационной раны (n=2).

Во всех случаях был получен гемостатический эффект в первые минуты манипуляции. Что важно, при этом нормализуются или приближаются к норме показателя кровоточивости, данные УЗИ, функциональное состояние почек, что свидетельствует о выраженном гемостатическом свойстве настоя и настойки лагохилуса опьяняющего.

Практических врачей, в том числе урологов живо интересует применение гемостатиков, получаемых из лекарственных растений, произрастающих в своих регионах.

Известные местные гемостатические препараты, как перекись водорода, адреналин, эпсилонаминокапроновая кислота, капрофер, воск, инфезол, коллагеновые пластины обладают побочными свойствами (раздражение, прижигание и дубирование ткани, некротизирование, токсическое действие), а также отличаются высокой дороговизной.

В связи с этим нами проведен анализ эффективности различных способов гемостаза при кровотечениях урологического характера с уделением основного внимания гемостатическим свойствам водного настоя и спиртовой настойки лагохилуса опьяняющего (син. *Lagochilus Inebrians* Bunge - лат., заячья губа опьяняющая – русск., гангитувчи бозулбанг или бангидевона – узб., товшандодак – туркм.).

У 10 больных с ятрогенной гематурией причиной её послужили: инструментальные исследования – 5 пациентов, бужирование – 3 пациента и полипэктомия уретры – 2 пациента. Инстилляции настоем лагохилуса из 32 больных у 29 дали хороший гемостатический эффект и через 10-30 минут отмечалась остановка кровотечения, у 2 пришлось прибегнуть к экстренной эпицистостомии и электрокоагуляции, а у одного – к наложению первичного шва уретры.

При геморрагическом цистите инстилляции или орошение полости мочевого пузыря трехканальным катетером уже в течении 2-3 дней способствует исчезновению макрогематурии, а через 3-5 дней у 10 больных (71,4%) исчезла эритроцитурия. Исчезновение ишурии у всех больных, лейкоцитурии у 9 больных на 3-5 сутки свидетельствует не только о кровоостанавливающем свойстве, но и о противовоспалительном эффекте препаратов лагохилуса.

При опухолях мочевого пузыря у 7 больных в случае макрогематурии (n=5) или тампонады (n=2), эффективным оказалось непрерывное сквозное промывание полости мочевого пузыря настоем и настойкой лагохилуса, как первичная экстренная помощь до подготовки к радикальной (n=4) или паллиативной (n=1) операции.

По нашим данным, применение настоя или настойки лагохилуса при доброкачественной гиперплазии простаты имеет широкий диапазон: гемостаз ложа аденомы во время операции аденомэктомии, в ближайшие дни после операции и отдаленные сроки после операции.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из самых распространенных урологических заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. Около 50% мужчин в возрасте 60 лет страдают ДГПЖ, к 80 годам количество больных увеличивается до 81,4%, а к 90 годам - до 90% - данное обстоятельство обуславливает социальную значимость проблемы.

В настоящее время в связи с внедрением в клиническую практику более совершенных методов диагностики, в частности ультразвукового исследования стало возможным на ранних сроках диагностировать ДГПЖ и проводить консервативную терапию.

В последние годы изменились подходы к лечению доброкачественной гиперплазии простаты. На сегодняшний день в мире почти 90 % пациентов получают медикаментозное лечение: альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа редуктазы, фитотерапию. Несмотря

на это преобладающее большинство больных, нуждаются в хирургическом лечении. С развитием новых медицинских технологий для лечения стали широко использоваться трансуретральные эндоурологические операции, отличающиеся высокой эффективностью и малой инвазивностью. Однако чреспузырная аденомэктомия остается самым распространенным методом хирургического лечения, что объясняется малой доступностью современных технологий, неэффективной диспансеризацией и социальными факторами. Поэтому продолжение поиска улучшения ее результатов сохраняет актуальность.

Ознакомление научной литературой и анализ состояния проблемы послеоперационных осложнений при аденомэктомии показал отсутствие всестороннего углубленного исследования многих ее аспектов.

Наиболее частым осложнением является кровотечение из ложа аденомы. В последнее время популярность приобрели фармакологические способы гемостаза при урологических заболеваниях, основанные на обработке гемостатическими препаратами. Однако химические гемостатические препараты, например такие, как тахокомб, оказывают отрицательное воздействие либо очень дороги. Мы считаем, что при гематурии урологического происхождения может оказаться эффективной обработка спиртовой настойкой лагохилуса.

Для профилактики кровотечения с целью местного гемостаза нами применялась обработка ложа настоем и настойкой лагохилуса (у 36 больных). При этом определялись показатели красной крови во время операции, а также в послеоперационном периоде: на 1-ые, 4-ые и 7-ые сутки. Мы определяли объемы кровопотери из ложа аденомы после аденомэктомии при гемостазе спиртовой настойкой (n=15) и водным настоем (n=21) лагохилуса. Так, во время операции при гемостазе настойкой кровопотеря составила $280,4 \pm 9,8$ мл, настоем- $136,8 \pm 5,6$; кровопотеря в 1,4 и 7 сутки после операции составляла соответственно $401,4 \pm 7,6$, $56,6 \pm 3,14$; $42,1 \pm 2,4$ при обработке настойкой и $290,2 \pm 8,1$; $36,8 \pm 2,1$; $28,4 \pm 0,8$ при обработке настоем.

Общий объем кровопотери при обработке настойкой лагохилуса составил $779,5 \pm 19,5$ мл, при обработке настоем $350,2 \pm 10,2$. Полученные результаты свидетельствуют о надежном местном гемостатическом свойстве препаратов лагохилуса (зайцегуба) опьяняющего.

Обследование включало клинико-anamnestические методы, выяснение перенесенных заболеваний общего характера мочевыделительной системы; лабораторные – общий анализ крови и мочи, определение показателей свертывающей и противосвертывающей системы, степени примеси крови в моче, количественное определение объема кровопотери; инструментальные – уретроскопия, цистоскопия, катетеризация мочевого пузыря и мочеточников, УЗИ, КТ.

У всех 39 прооперированных больных удалось добиться гемостаза обработкой ложа лагохилусом и гидростатическим орошением мочевого пузыря, что свидетельствует о надежном местном гемостатическом свойстве лагохилуса.

Использование фармакологических методов гемостаза при гематурии урологической этиологии, таких как обработка водным настоем или спиртовой настойкой лагохилуса, позволяет улучшить результаты лечения, сократить сроки достижения гемостаза, оптимизировать имеющиеся гемостатические методы.

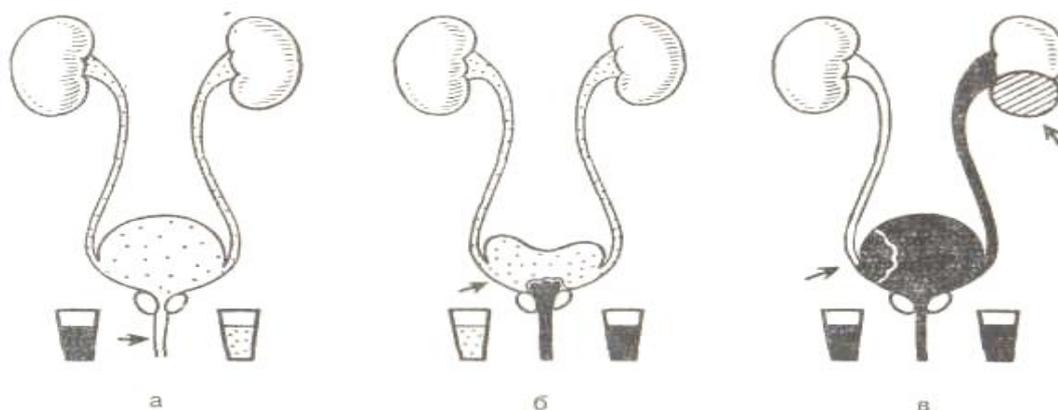
ГЛАВА IV.

Гемостаз при урологических кровотечениях.

Гематурия — наличие крови в моче. Различают макро- и микрогематурию.

Макрогематурию — в свежесобранной моче определяют визуально. При этом цвет мочи колеблется от «мясных помоев» до алого, иногда описываемого пациентами как «цвет вишни», «свежая кровь». Микрогематурию (эритроцитурию) — определяют при микроскопическом исследовании осадка мочи.

Макроскопическую гематурию разделяют на начальную, терминальную и тотальную. При начальной гематурии кровь появляется в начале акта мочеиспускания, что свидетельствует о поражении мочеиспускательного канала. При терминальной гематурии кровь обнаруживают только в конце акта мочеиспускания. Обычно источник кровотечения находится в задней части уретры или в области шейки мочевого пузыря (опухоль, воспаленная и изъязвленная слизистая оболочка, расширение вены). Терминальная гематурия наблюдается также при камне мочевого пузыря, аденоме и раке предстательной железы. Чаще всего встречается тотальная гематурия, при которой вся моча окрашена кровью. Ее источником являются одна или обе почки, мочеточник или мочевой пузырь. (Рис 2).



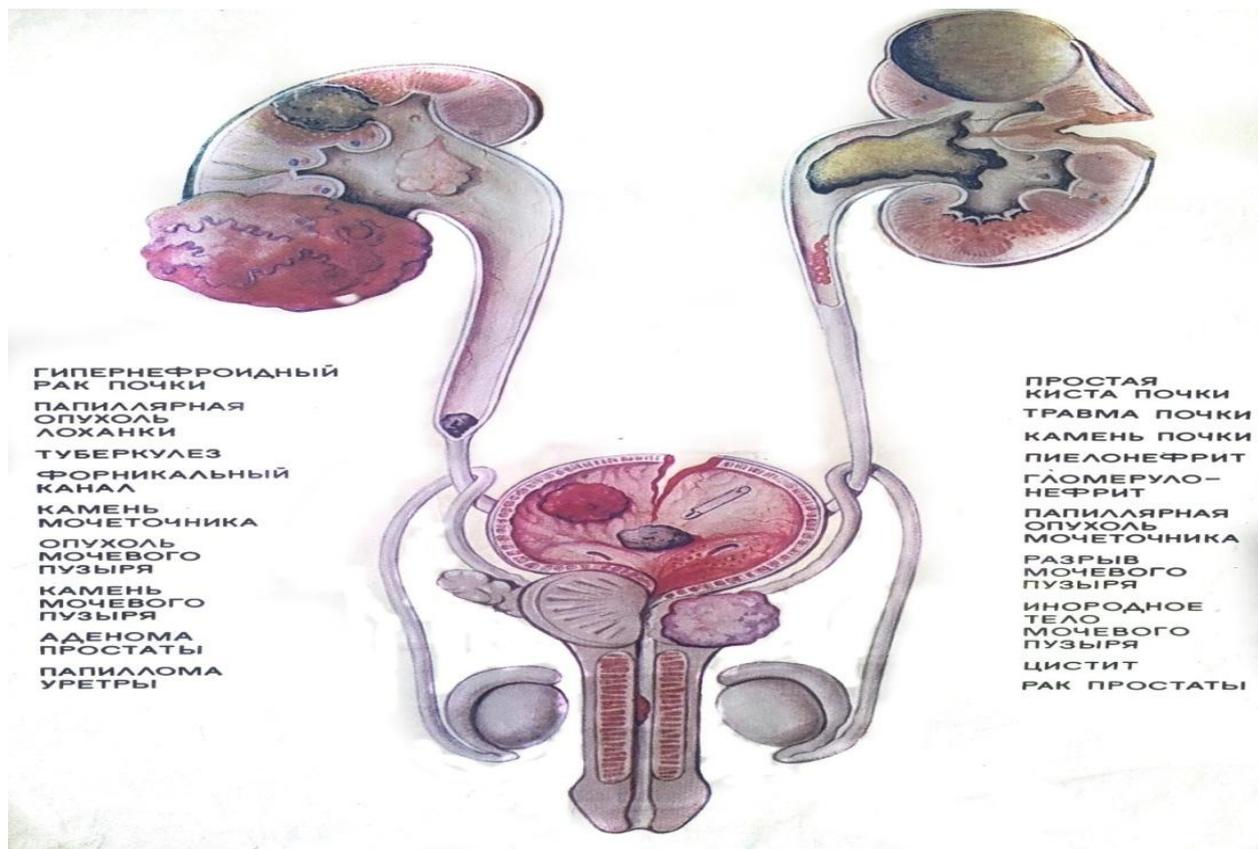
Двухстаканная проба при гематурии (стрелкой указан источник гематурии).

а - инициальной; б - терминальной; в - тотальной.

В последнее время более популярными стали фармакологические способы гемостаза при урологических заболеваниях, основанные на обработке гемостатическими препаратами. Как нам кажется, более эффективным при гематурии урологического происхождения может оказаться применение водного настоя либо спиртовой настойки лагохилуса для:

1. Обработки ложа аденомы после аденомэктомии;
2. Промывания полости мочевого пузыря при геморрагическом цистите;
3. Обработки при травмах мочевыводящих органов;
4. Обработки при ятрогенных повреждениях и

Рис 3.



Определить эффективность местного применения водного настоя или спиртовой настойки лагохилуса при заболеваниях верхних и нижних мочевых путей, сопровождающихся гематурией. Ретроспективно изучить по научным материалам урологических отделений касательно применения разных способов гемостаза при заболеваниях верхних и нижних мочевых путей, сопровождающихся гематурией. А именно: травмы, геморрагический цистит, ложе аденомы после аденомэктомии, ятрогенная гематурия и др. Применить настой и настойку лагохилуса как фармакологические способы гемостаза. Рассчитать экономическую эффективность различных способов гемостаза. Проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование 110 больных с гематурией при заболеваниях мочевыводящих путей.

Клинико-anamnestические: перенесенные заболевания общего характера мочевыделительной системы. Лабораторные: общий анализ крови и мочи, показатели свертывающей и противосвертывающей систем, степень примеси крови в мочи, количественное определение объема кровопотери. Инструментальные: Уретроскопия, цистоскопия, катетеризация мочевого

пузыря и мочеточников, УЗИ, КТ. Проведение сравнительного анализа различных способов местного гемостаза при заболеваниях верхних и нижних мочевых путей, сопровождающихся гематурией. Применение в качестве гемостатического средства водного настоя либо спиртовой настойки лагохилуса.

Рис 4. Подготовка настоя и настойки лагохилуса.



Водный настой лагохилуса (1:10 - 5% и 1:20 - 10% готовится, согласно Государственной фармакопее СССР VIII (1936), IX (1961), X (1987), и XI (1-2 тома) (1990) изданий и Международной фармакопее (1951, 1959, 1969, 1971, 1973, 1979) из расчета 1 г чашелистиков на 20 г кипятка (5% настой) или 1 г чашелистиков на 10 г кипятка (10% настой). Настой должен иметь вид заваренного чая, быть прозрачным, при стоянии несколько мутнеющим. Вкус — горький, ароматический. Следует хранить в прохладном месте не более 2—3 дней. Доза настоя для взрослых — по 1 чайной ложке 3—6 раз в день.



Рис. 5. Подготовка к процедуре

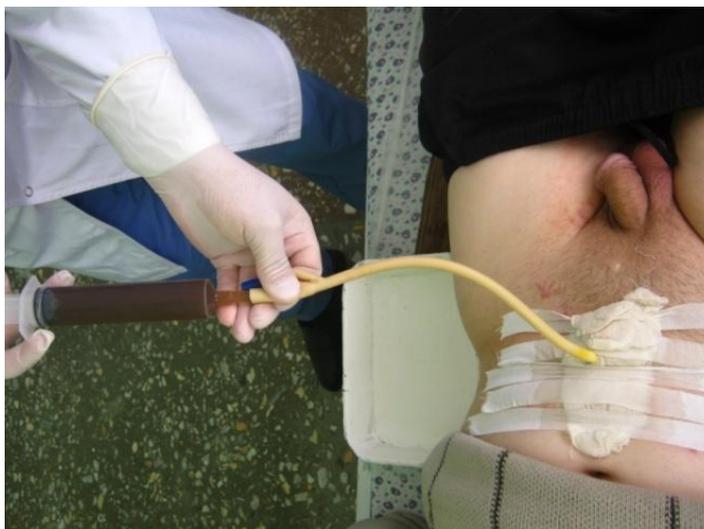


Рис.6. Введение 10%-ного настоя лагохилуса в полость мочевого пузыря



Рис.7. Введение 10%-ного настоя лагохилуса в полость мочевого пузыря



Рис. 8. Моча без примеси крови, выделившаяся через 20 мин после введения настоя лагохилуса.

Таблица 9. Нозологическая характеристика наблюдаемых больных

№	Заболевание	Количество (абс)
1.	Геморрагический цистит	36
2.	Травмы	25
3.	Ятрогенная гематурия	10

4.	Аденомэктомия:	39
	- во время операции,	22
	- ближайший после операционный период,	12
	- отдаленный после операционный период	5
Всего		110

Таблица 10а. Статистические данные анализа наблюдаемых больных.

№	Показатель	Норма	1-группа: Травмы органов мочеполовой системы (n=25)		2-группа: Геморрагический цистит (n=36)	
			до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1	Время кровотечения	< 7мин	6,0±0,4	3,1±0,3 P>0,5	7,1±1,2	4,2±0,9 P<0,04
2	Время свертывания крови	4-10 мин	8,2±1,2	4,2±0,8 P>0,5	7,3±1,0	6,4±0,8 P<0,05
3	Количество гемоглобина	13-16г%	10,2±0,8	12,2±1,2 P<0,05	11,1±1,0	11,8±0,8 P>0,5
4	Количество эритроцитов	4-5,5 млн/ мкл	3,2±0,08	3,4±0,1 P<0,05	4,1±0,8	4,4±0,9 P>0,5
5	Количество тромбоцитов	200-400 тыс/мкл	180,4±4, 4	184,8±3,8 P<0,05	200,1±3, 8	280,0±4, 6 P>0,5
6	Креатинин	мкмоль/ л	86,7±2,1	84,8±1,9 P<0,05	88,9±1,9	80,2±1,2 P>0,5

7	Гематурия эритроцитурия	кол-во в поле зрения	в бол кол-ве	единичны е	20-40	10-12
	Макрогемат-я	%	100,0	12,2	100,0	20,2

Таблица 10б. Статистические данные анализа наблюдаемых больных.

№	Показатель	Норма	3-группа: Состояние после аденомэктомии (n=39)		4-группа: Ятрогенная гематурия (n=10)	
			до лечения	после лечения	До лечения	после лечения
1	Время кровотечения	< 7мин	8,2±1,4	4,4±0,6 P>0,5	7,7±1,5	5,5±0,8 P<0,05
2	Время свертывания крови	4-10 мин	6,2±1,0	5,5±0,4 P>0,5	8,1±0,9	4,5±0,5 P>0,5
3	Количество гемоглобина	13-16г%	7,8±10,2	9,1±0,9 P<0,05	12,4±0,7	12,8±1,0 P<0,05
4	Количество эритроцитов	4-5,5 млн/мкл	3,0±0,07	3,8±0,1 P>0,05	3,1±0,08	4,0±1,0 P<0,05
5	Количество тромбоцитов	200-400 тыс/мкл	164,2±6,4	300,4±7,8 P>0,5	178,2±5,5	220,4±6,1 P>0,5
6	Креатинин	мкмоль/л	112,6±1,1	102,4±1,8 P>0,5	90,1±1,4	91,2±1,6 P<0,05
7	Гематурия эритроцитурия	кол-во в поле зрения	10-12	единичны е	2-4	единичные
	Макрогематури я	%	34,6	10,2	10,3	5,8

Нами было проведено исследование объемов кровопотери из ложа аденомы после аденомэктомии при использовании 10%-ного водного настоя лагохилуса. Проводилось исследование объемов кровопотери во время операции, на 1-ые, 4-ые и 7-ые сутки после операции.

Объем кровопотери из ложа аденомы после аденомэктомии определяли по формуле Hartung R., Maurmayer W. et al. (1976)

$$X = V \times Hb1 / Hb2$$

Где: X – величина кровопотери (мл);

V – объем промывной жидкости/мочи (мл);

$Hb1$ – гемоглобин промывной жидкости/мочи (г/л);

$Hb2$ – гемоглобин крови больного (г/л).

Объем кровопотери из ложа аденомы после аденомэктомии



Ход операции аденомэктомии

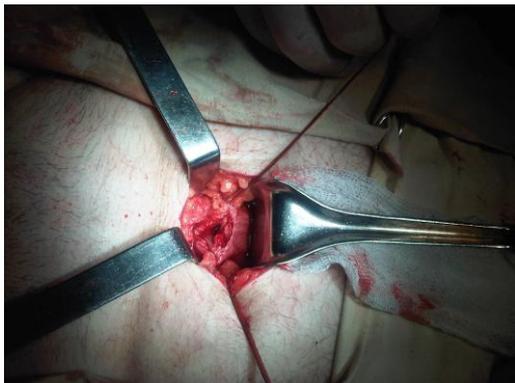


Рис 9. Вскрытие мочевого пузыря



Рис 10. Вылущивание аденомы простаты



Рис 11. Удаленные аденоматозные узлы

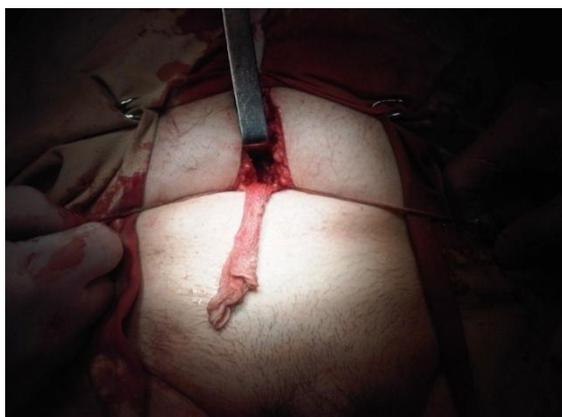


Рис 12. Установление турунды, смоченной настоем лагохилуса, на 5 мин

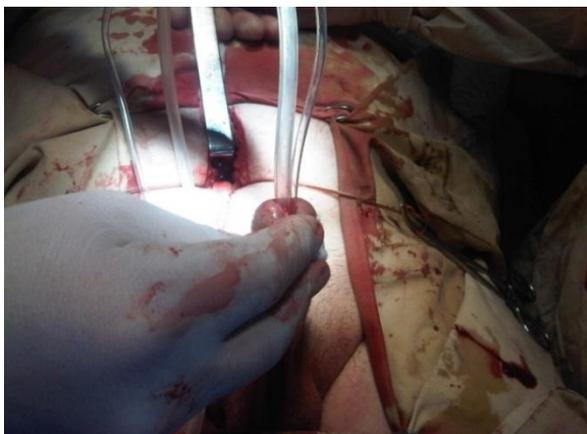


Рис 13. Послеоперационное трансуретральное дренирование мочевого пузыря



Рис 14. Дополнительное дренирование мочевого пузыря через надлобковую операционную рану

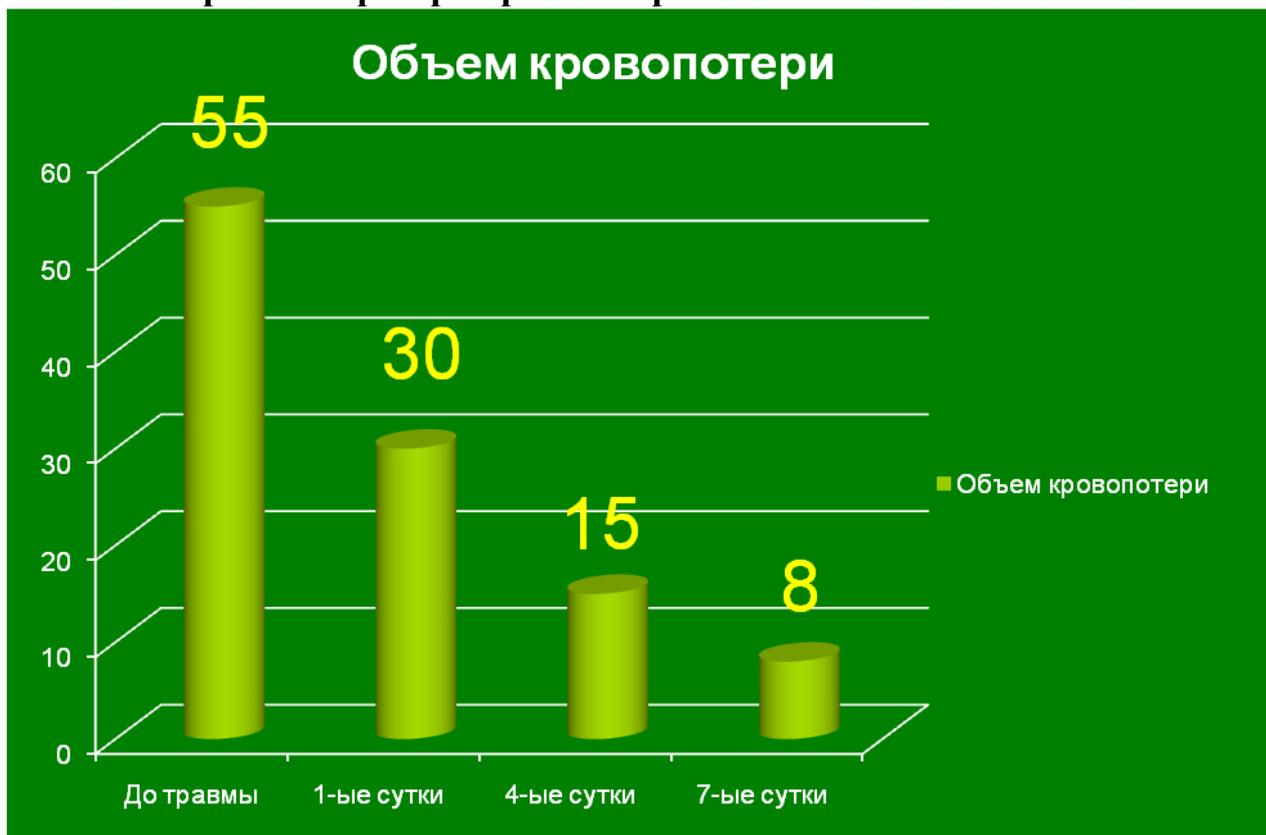


Рис 15. Промывная жидкость после операции с применением лагохилуса

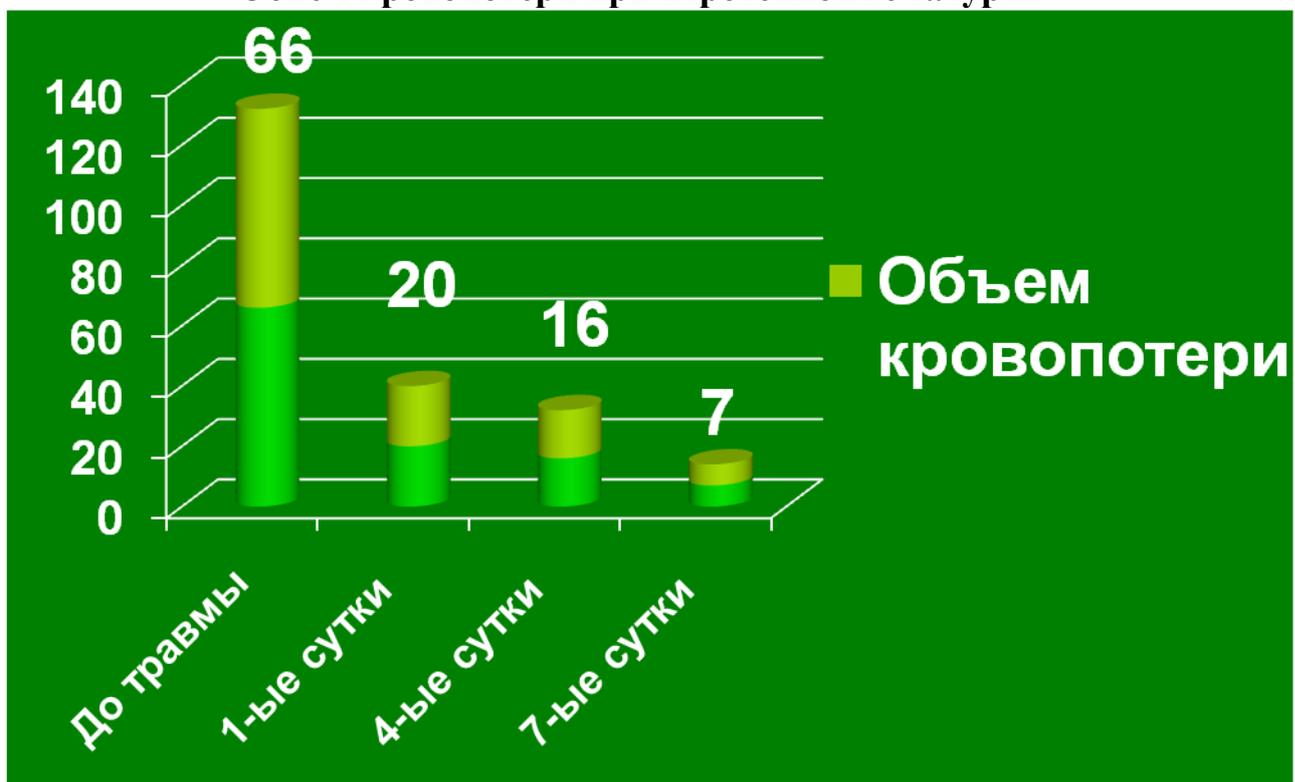
С учетом достигнутых положительных результатов при аденомэктомии было решено использовать водный настой лагохилуса в качестве гемостатика при геморрагическом цистите, опухолях мочевого пузыря, папиллярном раке лоханки и форникальном кровотечении.



Объем кровопотери при травмах органов мочеполовой системы



Объем кровопотери при ятрогенной гематурии



Использование фармакологических методов гемостаза при гематурии урологической этиологии путем обработки водным настоем лагохилуса позволяет сократить сроки достижения гемостаза, улучшить результаты лечения, оптимизировать существующие гемостатические методы.

Заключение.

Убедительно доказан гемостатический эффект препарата «лагоден» при аденомэктомии простаты [2,7]. Также при единичных случаях аденомэктомии П.М. Шорлуян [137] и И.М. Мамышевым [79] в качестве гемостатика использован кровоостанавливающий препарат – лагохилус опьяняющий.

В этом смысле привлекательным является, как нам кажется, настой и настойка из лагохилуса, разрешенные фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР ещё 8 января 1955 г., как кровоостанавливающее.

Обследование включало клинико-anamnestические методы, выяснение перенесенных заболеваний общего характера мочевыделительной системы; лабораторные – общий анализ крови и мочи, определение показателей свертывающей и противосвертывающей системы, степени примеси крови в моче, количественное определение объема кровопотери; инструментальные – уретроскопия, цистоскопия, катетеризация мочевого пузыря и мочеточников, УЗИ, КТ.

У всех 39 прооперированных больных удалось добиться гемостаза обработкой ложа лагохилусом и гидростатическим орошением мочевого пузыря, что свидетельствует о надежном местном гемостатическом свойстве лагохилуса.

Применение настоя и настойки лагохилуса упрощает технику гемостаза, является надежным фармакологическим способом остановки кровотечения из нижних мочевых путей и послеоперационной раны, создает условия для оптимального формирования структуры и физиологии кровоточащей тканевой поверхности (мало- или неинвазивность), и, что немаловажно, обходится намного дешевле, чем другие способы гемостаза.

Макроскопическую гематурию разделяют на начальную, терминальную и тотальную. При начальной гематурии кровь появляется в начале акта мочеиспускания, что свидетельствует о поражении мочеиспускательного

канала. При терминальной гематурии кровь обнаруживают только в конце акта мочеиспускания. Обычно источник кровотечения находится в задней части уретры или в области шейки мочевого пузыря (опухоль, воспаленная и изъязвленная слизистая оболочка, расширение вены). Терминальная гематурия наблюдается также при камне мочевого пузыря, аденоме и раке предстательной железы. Чаще всего встречается тотальная гематурия, при которой вся моча окрашена кровью. Ее источником являются одна или обе почки, мочеточник или мочевого пузыря.

В последнее время более популярными стали фармакологические способы гемостаза при урологических заболеваниях, основанные на обработке гемостатическими препаратами. Как нам кажется, более эффективным при гематурии урологического происхождения может оказаться применение водного настоя либо спиртовой настойки лагохилуса для:

1. Обработки ложа аденомы после аденомэктомии;
2. Промывания полости мочевого пузыря при геморрагическом цистите;
3. Обработки при травмах мочевыводящих органов;
4. Обработки при ятрогенных повреждениях и

Определить эффективность местного применения водного настоя или спиртовой настойки лагохилуса при заболеваниях верхних и нижних мочевых путей, сопровождающихся гематурией.

ВЫВОДЫ

1. Достижение остановки кровотечения при геморрагическом цистите, травмах мочевыводящих путей, ятрогенной гематурии и после операции аденомэктомии зависит от выбранного способа местного гемостаза ложа аденомы.
2. Кратковременное (5-6мин) тампонирование ложа турундой, пропитанной 10% настоем лагохилуса способствует более эффективному гемостазу, чем при длительном (в течение 2-3 суток) тампонировании после аденомэктомии простаты.
3. Сдвиги в свертывающей системе крови быстрее нормализуются при геморрагическом цистите, травмах мочевыводящих путей, ятрогенной гематурии и после операции аденомэктомии при использовании настоя лагохилуса в качестве гемостатика.
5. Своевременное корригирование показателей свертывающей системы крови обеспечивает более надежный гемостаз, чему способствует применение в качестве гемостатика 10%-ного настоя лагохилуса.

Практические рекомендации

Улучшение метода гемостаза путем применения 10%-ного водного настоя лагохилуса опьяняющего при геморрагических циститах, травмах мочевыводящих путей, ятрогенной гематурии и после операции аденомэктомии, по сравнению с другими гемостатиками, позволяет шире рекомендовать препараты лагохилуса для достижения гемостаза при данных патологиях. Сроки реабилитации при применении настоя лагохилуса при этом были укорочены, по сравнению со сроками реабилитации при использовании других гемостатиков.

Разработана схема местного применения 10%-ного водного настоя и спиртовой настойки лагохилуса опьяняющего для гемостаза при гематурии урологической этиологии.

Оценка проводимого лечения при геморрагических циститах, травмах мочевыводящих путей, ятрогенной гематурии и после аденомэктомии путем контроля динамики клинических и лабораторных показателей крови, мочи и свертывающей системы позволяет уменьшить число койко-дней в стационаре.

Список литературы

1. Авиценна Моча с кровью канон врачебной науки. Тошкент, 1996.т.VII. 80-89.
2. Агоян А.М. К вопросу о перевязке приводящих сосудов при аденомэктомиях. Тез.докл. 1-конф. урологов Грузинской ССР. Тбилиси. 1961; 140-141.
3. Айвазян А.В. Аденома предстательной железы. Смоленск: Смоленское книжное издательство. 1957; 128.
4. Айвазян А.В. Гемостаз при операциях на почке. М. : Наука 1992.
5. Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Гиясов Ш.И., Носиров Ф.Р., Мирхамидов Н.Д., Закиров Х.К. Интраоперационные осложнения при эндоскопической хирургии нефролитиаза в зависимости от степени ожирения пациента. Сб.науч. тр., посвященной 60-летию организации кафедры урологии и нефрологии Ташкентского института усовершенствования врачей. Ташкент, 2011; 26-28.
6. Акилов Ф.А., Рахманов О.М., Мирхамидов Д.М., Алиджанов Ж.Ф. Адаптация вопросника IPSS (Международная шкала оценки простатических симптомов). Сб. науч. тр., посвященный 60 – летию организации кафедры урологии и нефрологии Ташкентского института усовершенствования врачей. Ташкент, 2011; 31-32.
7. Акилов Ф.А., Худойберганов У.А., Нуралиев Т.Ю., Худойбердиев Х.Б., Икласов Б.О. Эпидемиологические аспекты изучения доброкачественной гиперплазии простаты в Республике Каракалпакстан. Сб. науч. тр., посвящений 60 – летию организации кафедры урологии и нефрологии Ташкентского института усовершенствования врачей. Ташкент, 2011; 32-34.
8. Акопов И.Э. Фармакологические и фармакотерапевтические исследования препаратов лагохилуса опьяняющего. Науч. тр. Самаркандского мед.ин-та. Т. 13. Самарканд. 1957; 35-42.

9. Акопов И.Э., Кузнецова Г. О местном гемостатическом действии настоя лагохилуса опьяняющего (Научные труды Самаркандского мед.инс-та). Самарканд. 1957; 123-126.
10. Аллазов С.А. Модификация количественного учета степени (индекс) кровотечения после аденомэктомии предстательной железы. Удостоверение № 1742. выданное СамМИ 22 сентябрь 2010г.
11. Аллазов С.А., Мансуров У.М. Модификация количественного учета степени (индекс) кровотечения после аденомэктомии предстательной железы. Удостоверение № 1742, выданное СамМИ 22 сентября 2010 г.
12. Аллазов С.А., Мансуров У.М., Бекмуратов Б.У., Кадиров С.К., Аюпов М. Очилов, М.Применение настоя и настойки лагахилуса при урологических кровотечениях. Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии. Сборник трудов Университета им. И.М. Сеченова., 2011: 282 – 283.
13. Аллазов С.А., Шодмонова З.Р., Бобокулов Н.А. Гематурия. Услубий тавсияномалар. Самарканд, 2015; 42 бет.
14. Аль-Шукри С.Х., Амдий Р.Э. Диагностика инфравезикальной обструкции у больных аденомой предстательной железы. Урология. 2006; 2: 41-45.
15. Арбулиев М.Г., Омаров А.М., Гаджиев Д.П. Некоторые проблемы лечения больных аденомой предстательной железы. Урология и нефрология. 1993;6: 30 - 33.
16. Асимов А.С., Ибодуллаев И.А. Новый способ гемостаза в хирургическом лечении аденомы предстательной железы. Тез. докл. 4-конф. урологов Казахстана. Алма-Ата, 1992; 107-109.
17. Бакиева Ш.Х. Особенности носовых кровотечений у гематологических больных и метода их остановки. Патология 2008; 4: 37-38.
18. Балуда В.П., Сушкевич Г.Н, Павловский Д.Н. Способ остановки кровотечений препаратами местного действия. Экспер. хир. и анестезиол 1976; 2: 57-59.

19. Бархоменко О.В. Больных и методы их остановки патология 2001.2008;4:37-38.
20. Батчаев С.Х., Кужуев Х.У. Непосредственные исходы после чреспузырной аденомэктомии с постоянным промыванием мочевого пузыря в послеоперационном периоде. Тезисы докладов к 9-му Всероссийскому обществу урологов. Курск. 1993; 36 -38.
21. Беркович А.Н., Зелеченок Е.С. Частота и объем гемотрансфузии во время и после аденомэктомии в зависимости от вида оперативного вмешательства. Тезисы докладов VIII Всероссийский съезд урологов. Москва. 1988;121 - 122.
22. Богосбекова М.Р. (составитель). Анализ крови и мочи как его интерпретировать . Сборник .М.: Мир ,1992.
23. Братчиков О.И., Амбарян А.А., Шумакова Е.А. и соавт. Этиологические и прогностические аспекты почечной недостаточности у больных аденомой предстательной железы. Урология 2010; 1: 38-43.
24. Быков И.М. Отдаленные результаты чреспузырной аденомэктомии. Урол. и нефрол., 1977; 1: 51-52.
25. Быков И.М., Васильев Ю.В. О профилактике первичных и вторичных кровотечений при чреспузырной аденомэктомии. Актуальные вопросы урологии. Материалы 1-конф. урологов Кузбасса. Кемерово. 1973; 146-148.
26. Быков И.М., Васильев Ю.В. О профилактике первичных и вторичных кровотечений при чреспузырной аденомэктомии. Актуальные вопросы урологии. Материалы 1-конф. урологов Кузбасса. Кемерово. 1973; 146-148.
27. Васильченко М.И. Шершнева С.П., Зеленин Д.А., Загорова В.И., Пролетарский А.В., опыт выполнения экстрауретральной чреспузырной аденомэктомии пациентам с аденомой предстательной железы. Урология 2012; 6: 84-87.

28. Вейн А. Дж., Ровнер Э.С. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Руководство по клинической урологии. 3-е изд. Под ред. Филипп М. Ханно , С. Брюс Малкович, Алан Дж., Вейн М. : ООО « Медицинское информационное агентство», 2006; 274 -294.
29. Велиев Е.И., Соколов А.Е., Богданов А.Б., Илюшин Л.В. модифицированная техника позадилоной аденомэктомии (техника РМАПО). Урология 2012; 4: 65 -68.
30. ВелиевЕ.И.,Котов С.В., Голубцова Е.Н., Соколов А.Е., Богданов А.Б., Авакян А.Ю. Позадилоная аденомэктомия у пациентов с высоким уровнем простат – специфического антигена после биопсии простаты. Урология 2012; 1: 59 - 63.
31. Винаров А.З., Асламазов Э.Г. Гиперплазия предстательной железы. Современное лечение. Материалы 10 Российского съезда урологов. 2002;33-42.
32. Гагуа А.М. О гемостазе при паренхиматозных кровотечениях. Хирургия 1969; 5: 49-53.
33. Гаммерман А.Ф., Гром И.И. Дикорастущие лекарственные растения СССР. М.: Медицина, 1976.
34. Гельфер П.И., Блатной Х.П. Модификация одномоментной аденомэктомии простаты с глухим швом мочевого пузыря. Урология 1959; 4: 33-36.
35. Гербер Х.Ф., Ген Я.Я. Опыт оперативного лечения аденомы предстательной железы. Тез.докл. 3-конф. урологов Казахстана. Актюбинск. 1985; 399-400.
36. Глыбочко П.В., Анафин Т.Г., Шалекенов С.Б. Первый опыт применения лазерного аппарата «UroVeam» в лечении больных с аденомой предстательной железы в Казахстане. Урол. 2011; 5: 65-67.
37. Голощанов Е.Т. Состояние гемокоагуляции у больных аденомой предстательной железы иособенности гемостаза при аденомэктомии. Автореф.дис. канд.мед.наук.Киев. 1978; 17.

38. Гольдберг В.В. Хирургия аденомы предстательной железы. Рига. 1960; 183.
39. Гольдфельд И.Л., Дробнер В.Л., Хенкин С.С., Кураева Л.И., Малышев В.А. О кровотечениях после аденомэктомии . Тезисы докладов VIII Всероссийского съезда урологов. Москва. 1988; 306- 307.
40. Гориловский Л.М., Велигура В.И., Вязенкин С.М. Аденомэктомия предстательной железы с предварительным наложением швов на капсулу аденомы. Урол. и нефрол, 1981; 4; 31-38.
41. Дадабаев А.К., Низамов Ф.З., Рахматуллаев Б.М., Кадыров Р.Р. Пути улучшения хирургического лечения ДГПЖ. Сб. науч. тр., посвящены 60 – летию организации кафедры урологии и нефрологии Ташкентского института усовершенствования врачей. Ташкент, 2011; 81 - 82.
42. Даренков С.П., Ласский И.А., Першин С.В., Русаков В.П., Назаров Е.И. Современный химический метод гемостаза с применением фибрин – коллагеновых биополимеров при чреспузырной аденомэктомии. Эскулап семейной медицины. Науч.-практ. журн. 2007; 2: 17-20.
43. Далимов Д.Н., Выпова Н.Л., Матчанов А.Д., Гафуров М.Б., Далимова С.Н., Исламов А.Х., Собирова Ф.А. Механизм действия лаговина на сосудисто-тромбоцитарный гемостаз. Мед.ж. Узб. 2011; 4: 111-113.
44. Джавад – Заде М.Д., Лынев С.Н., Гаджимуратов К.Н. Профилактика послеоперационных тромбоэмболических осложнений у больных аденомой предстательной железы (обзор литературы). 1985; 4: 66-72.
45. Дибобас Н.М. Применение эpsilon-аминокапроновой кислоты у больных, оперированных по поводу аденомы простаты. Урол. и нефрол. 1969; 2: 59-61.
46. Дорончук Д.Н., Трапезникова М.Ф., Дутов В.В. Оценка качества жизни больных мочекаменной болезнью в зависимости от метода дренирования верхних мочевых путей. Урология 2010; 2: 14-17.

47. Еганов Е.П., Джарбусынов Б.У. О чреспузырной аденомэктомии. Тез.докл. пленума Всесоюзного научн. общества урологов. Чимкент. 1976; 32.
48. Егоров В.Г. Кровопотеря и гемостаз при чреспузырной аденомэктомии предстательной железы. Автореф дисс. канд. мед.наук. Киров. 1967; 22.
49. Ёкубов К.Р. Роль ультразвуковой доплерографии в выявлении онкологических заболеваний предстательной железы. Мед.ж. Узб. 2011; 4: 25-26.
50. Епифанов В.Г., Егоров В.Г., Ландесман Е.Г. Кровопотеря и проблемы гемостаза в хирургии предстательной железы. Вестник хирургии им. Грекова. 1969; 12: 37-41.
51. Зайнутдинов О.У. Оценка эффективности гемостатика легодена при аденомэктомии предстательной железы. Авт. дисс... канд. мед.наук. Ташкент. 1997; 20.
52. Зайнутдинов О.У., Мирсаматов М.М., Паршина Н.И., Вешкурова О.Н., Паканаев А.А., Салихов Ш.И. Синтез, фармакокинетика и метаболизм Н-лагодена. Тез.докл. 3-Всесоюз. совещ. по проблеме «Физиологически активные соединения, меченные радиоактивными и стабильными изотопами». Москва. 1991; 19-20.
53. Зайнутдинов У.Н. Дитерпеноиды растений рода *Lagochilus*. Дисс. докт. хим. наук. Ташкент, 1993.
54. Зайнутдинов У.Н., Далимов Д.Н., Матчанов А.Д., Исламов А.Х., Тлеганов Р.Т., Бозорова Н.Х., Собирова Ф.А. Сравнительное изучение дикорастущей и культурной форм *Lagochilus inebrians*. Химия растительного сырья. 2011; 2: 189-190.
55. Зайнутдинов У.Н., Исламов Р., Далимов Д.Н., Абдурахманов Т.Р., Матчанов А.Д., Выпова Н.Л. Гемостатическая активность дитерпеноидов группы лагохилина и её связь со структурой. Химия природных соединений. 2002; 2: 135-136.

56. Зикриллаев З., Зикриллаев М.З. Гематурия ва унинг клиник мохияти. (тиббиет институту талабалари учун укув кулланма). Тошкент, 1996.
57. Золотухин И.А. Вата и марля, рассасывающиеся в тканях организма животных. Военно мед. журнал. 1953; 7: 50-53.
58. Ильяш А.В., Чибичян М.Б., Коган М.И. Рак предстательной железы, выявленный при оперативном лечении аденомы. Урология 2012; 1: 54-58.
59. Иоакимиди А.И., Атаходжаев А.А., Яковенко Д.П., Песин А.Р. О применении гемофобина при тампонаде ложе предстательной железы. Здравоохранение Казахстана 1972; 8: 59-60
60. Исаев Г.Э. Гестационный пиелонефрит – современно подходи к диагностики и лечению. Дисс. на соискание акад. степени магистра. Самарканд, 2009.
61. Кавка И.П., Горовой В.И., Кобзин А.Л. О методиках гемостаза при чрезпузырной аденомэктомии . Урология и нефрология. 1993; 6: 33-34.
62. Казанцева Д.С., Абдурахманов Т.Р. К фармакологии лагодена в сравнении с дициноном. Журн. докл. академии наук УзССР. Ташкент 1983; 5: 33-34.
63. Каримов Х.Я., Махмудова А.Д., Ачилова О.У., Набиева М.И., Мадашева А.Г., Сахарова О.И. Значение контроля системы гемостаза при диагностике и лечении некоторых заболеваний. Мед. журн. Узб. 2011; 3: 73-76.
64. Карпенко В.С., Богатов О.П. Хирургия аденомы предстательной железы. Киев. 1981; 168 .
65. Клар С. (ред.). Почки и гомеостаз в норме и при патологии. Медицина. 1987; 448 .
66. Комолов А.А., Гуцин Б.Л., Дорофеев С.Д., Комлев Д.Л., Токарев Ф.В., Ефремов Е.А. Современные аспекты оперативного лечения

- доброкачественной гиперплазии предстательной железы . Урология. 2004;1:30-34.
67. Краевский В.Я. Атлас микроскопия осадков мочи. М.: Медицина 1976.
 68. Крупин И.В., Осипов В.Т. К методике гемостаза и дренирования мочевых путей при аденомэктомии предстательной железы Тезисы докладов к Пленуму Всероссийского общества урологов. Курск. – 1993;67 - 68.
 69. Куценко Т.А. Ингибитор патологического фибринолиза аминокaproновая кислота. Автореф. дисс. канд. мед.наук. Киев, 1968.
 70. Лисицин М.С., Золотухин Н. А. К вопросу о гемостатическом действии рассасывающей марли (окисленной целлюлозы). Вестник хирургии им. Грекова. 1955; 9: 69-74.
 71. Ловцов В.В., Понукалин А.Н. Экпериментальная оценка некоторых способов гемостаза при аденомэктомии . Тезисы докладов к Пленуму Всероссийского общества урологов. Курск. 1993;178 - 179.
 72. Лопаткин Н.А. Классификация и лечение органических осложнений аденомэктомии. Аденома предстательной железы. Сборник научных трудов. 1987; 83-87.
 73. Лопаткин Н.А. (редактор). Урология: Национальное руководство. – М., 2009.
 74. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Современные возможности лечения доброкачественной гиперплазии простаты Consilium Medicum. 2000; 4: 18 - 23.
 75. Люлько А.В., Гончар О.М. Роль кровопотери, обусловленной аденомэктомией предстательной железы в повышении противомикробной защиты организма больных.Матер. 3-конф. урологов Казахстана. Актюбинск, 1985; 296-297.
 76. Мазин В.В., Крупин И.В., Вуров Б.Н. Гемостаз съемным швом при оперативном лечении аденомы предстательной железы. Урол. и нефрол. 1984; 1: 54-57.

77. Мазо Е.Б. Управляемая гипотония при урологических заболеваниях . Урология 1963; 2: 21-27.
78. Мамажанов А.М., Дусанов Ю., Мамажанов А.А., Мажиханов Б.А. Алгоритм лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Сб. науч. тр., посвященный 60 – летию организации кафедры урологии и нефрологии Ташкентского института усовершенствования врачей. Ташкент, 2011; 96 - 99.
79. Мамышев М.М. О местном гемостатическом действии настоя лагохилуса опьяняющего при хирургических вмешательствах. Лагохилус опьяняющий и его применение в медицине (Научные труды Самаркандского мед. Инс-та). – Т. 13. – Самарканд, 1957. – С. 133-136.
80. Мансуров У.М., Аллазов С.А. Способ остановки кровотечения лагохилусом при аденомэктомии (техника операции и результаты) // Материалы I Международного научн.практ. конф. молодых ученых. – Челябинск, 2010. – С. 134-135.
81. Мартов А.Г., Кильчуков З.И. Современные подходы к оперативному лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы Урол. и нефрол. 1996; 5: 24 - 27.
82. Маховский В.З., Бондаренко Н.А. Местная гипотермия при аденомэктомии простаты. Хирургия 1973; 2: 66-68.
83. Мачабели М.С. Кровотечения как результат гиперкоагуляции, их диагностика и лечение. Клин.хир. 1967; 4: 34-41.
84. Мирсаматов М.М., Мирсаматова М.Г., Болтаев Б.Ш. Пешоб таркибида кон пайдо булиши (умумий амалет шифокорлари учун кулланма). Тошкент, 2002.
85. Мирсаматов М.М., Зайнутдинов О.У. Оценка степени эффективности нового гемостатического препарата «лагоден» после аденомэктомии простаты. Материалы I Респ. съезда урологов. – Ташкент, 1992. – С. 197-198.

86. Мухтаров Ш.Т. Разработка, апробация, внедрение и оценка эффективности новых методов и средств малоинвазивного лечения доброкачественной гиперплазии простаты. Дисс. докт. мед.наук. Ташкент. 2002; 75-76.
87. Назаров Е.И., Даренков С., Ласский И., Шубин С. Гемостаз с применением тахокомба при чреспузырной аденомэктомии. Врач 2009; 6: 50-53.
88. Назаров Е.И. Способ гемостаза абсорбирующим гемостатическим покрытием в профилактике осложнений чреспузырной аденомэктомии. Автореф. дис. канд. мед.наук. М. 2009.
89. Назыров Ф.Г., Денисов И.Н., Улумбеков Э.Г. (редакторы). Справочник – путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я. М. 2000; 799 .
90. Насирова Р.Н., Сергиенко Н.Ф., Васильченко М.И. Щекочихин А.В., Кудряшов О.И., Шерщнев С.П., Омьнюк О.Л., Лотоцкий М.М., Бегиев А.И. Позадилочковая уретро – и сосудосохраняющая экстрауретральная аденомэктомия. Урология 2010;5:96 -99.
91. Нечипоренко А.З., Сергиенко Н.Ф., Васильченко М.И. Щекочихин А.В., Кудряшов О.И., Шерщнев С.П., Омьнюк О.Л., Лотоцкий М.М., Бегиев А.И. Позадилочковая уретро – и сосудосохраняющая экстрауретральная аденомэктомия. Урология 1961;5:96 -99.
92. Нечипоренко А.З., Урбанович В.С. О глухом шве мочевого пузыря при аденомэктомии. Урол. и нефрол. 1976; 5: 47-49.
93. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине . Под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ОЛМА-медиагрупп.. 2007; 11-111.
94. Новиков И.Ф., Скрябин Т.Н., Кузнецов Ю.М. Рубцовое сужение шейки мочевого пузыря и задней уретры после трансвезикальной аденомэктомии. Матер. 2-конф. урологов Литовской ССР. Каунас. 1977; 38.

95. Новолодский Л.П., Панева Л.А. Клиническое значение определения гемоглобина в моче при обильной гематурии. Лабор. дело 1957; 1:17
96. Овнатаян К.Т., Суслов В.В., Богомоллов А.М., Глухова К.З. Местная гипотермия в урологической практике. Киев. 1968; 91-144.
97. Островский В.И. Способ гемостаза при аденомэктомии рассасывающимся гемостатическим тампоном монокарбоксихлоридом. Автореф. дисс. канд. мед.наук. Киев. 1978; 18.
98. Павловский Д.Н., Балуда В.П., Сушкевич Г.П. Применение гемостатических препаратов местного действия в хирургии. Клин.хир. 1976; 8: 66-72.
99. Панкратов К.Д., Одинцов Б.П., Пантелеев И.В. Сравнительная оценка методик гемостаза при аденомэктомии простаты Тезисы докладов VIII Всероссийского съезда урологов. Москва. 1988; 327 - 328.
100. Першин С.В., Бычкова Н.В., Назаров Е.И. Интраоперационное применение гемостатической пластины «Тахокомб». Матер. Всеросс. конф. «Мужское здоровье». М. 2003; 75.
101. Петлеванный Г.П. Методика гемостаза при удалении аденомы предстательной железы. Урол. и нефрол. 1977; 1: 48-50.
102. Петричко М.И., Волков А.А., Будник Н.В., Болоцков А.С., Духин А.Р. Особенности гемодинамики предстательной железы у больных с СНМП/ДГПЖ. Сб. науч. тр., посвященный 60 – летию организации кафедры урологии и нефрологии Ташкентского института усовершенствования врачей. Ташкент 2011; 114 - 115.
103. Петров С.Б., Левковский Н.С. Современные методы диагностики и лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Спб: 1998; 14-17.
104. Попов А.И. О поздних кровотечениях после аденомэктомии простаты. Урол. и нефрол. 1974; 3: 38-39.
105. Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы. Изд. 4-е. Л. «Медицина». 1989; 256.

106. Роман Л.И. Чреспузырная аденомэктомия с предварительным гемостазом простатического ложа. Урол. и нефрол. 1971; 2:58-60.
107. Рохликов И.М., Сомсонов А.В., Онищенко О.В., Андреева Ю.Ю., Маканин М.А. Биопсия предстательной железы в амбулаторных условиях. Урология 2012; 6: 62-69.
108. Савченко Н.Е., Мохорт В.А., Островский В.И., Капуцкий Ф.Н. Некоторые преимущества гемостаза при аденомэктомии рассасывающимся тампоном из монокарбоксицеллюлозы. Тезисы докладов пленума Всесоюзного научного общества урологов. Чимкент. 1976; 31.
109. Салиев А.Р, Шодмонов А.К. Новая технология в чреветивной урологии на примере эпидимиологической изучения аденома прстаты. Бюллетен ассоциации врачей Узбекистана 2012;4: 112 – 114.
110. Сергиенко Н.Ф. Экстрауретральная аденомэктомия. Иллюстративное руководство. М. : Ордена «Знак почета» Изд-во «Патриот». 2010; 335.
111. Сергиенко Н.Ф., Васильченко М.И. Щекочихин А.В., Кудряшов О.И., Шерщнев С.П., Омьнюк О.Л., Лотоцкий М.М., Бегиев А.И. Позадиллопковая уретро – и сосудохраняющая экстрауретральная аденомэктомия. Урология 2012;5:96 -99.
112. Сергиенко Н.Ф., Васильченко М.И. Щекочихин А.В., Кудряшов О.И., Шерщнев С.П., Рейнюк О.Л., Лотоцкий М.М., Бегиев А.И. к вопросу о так называемом «золотом стандарте» оперативного лечения аденомы предстательной железы. Урология 2012;4:69 -72.
113. Сергиенко Н.Ф., Васильченко М.И. Щекочихин А.В., Кудряшов О.И., Шерщнев С.П., Омьнюк О.Л., Лотоцкий М.М., Бегиев А.И. Рейнюк О.Л. высокотехнологичная экстрауретральная аденомэтомия. Урология 2012;5: 92- 95.
114. Сергиенко Н.Ф., Терешенко В.Г. Профилактика кровотечения при аденомэктомии предстательной железы. Военно-мед. журн. 1981; 6: 33-36.

115. Симченко Н.И., Быков О.Л, Драчёва И.А. Коагулопатии в урологии. М. 2008.
116. Скопп Р.А., Тимохин Е.С, Герливанов Б.А., Назаров Е.И. Применение фибрин – коллагеновых биополимеров при чреспузырной аденомэктомии. Совр. вопр. лечебной профилактической медицины. Сборник. М., 2006; 106-109.
117. Суходольская А.Е., Руденко А.В., Чайковская В.П. Микробиологическое исследования в урологии. Киев «Здоровья» 1981.
118. Тараканов В.П., Меркулова А.С. Отдаленные результаты различных модификаций чреспузырной аденомэктомии простаты. Урол и нефрол 1974;29-31.
119. Тиктинский О.Л., Тиктинский Н.О. Травмы мочеполовых органов. СПб: Питер, 2002 ; 254.
120. Ткачук В.Н. исоавт.,1985. Цин.: О.Л.Тиктинский, С.Н. Калилина. Заболевания предстательной железы. Руководство. Питер.2006.
121. Ткачук В.Н., Голощапов Е.Т. Влияние хронической почечной недостаточности на систему гемокоагуляции у больных аденомой предстательной железы. Урол. и нефрол. 1976;5:43-46.
122. Ткачук В.Н., Комяков Б.К. Неотложная чреспузырная аденомэктомия Вестник хирургии им. Грекова. 1985;9:43 - 47.
123. Федоров С.П. Хирургическое лечение гипертрофии предстательной железы. Хирургия 1909; 25: 67.
124. Федотов П.П. Сравнительная оценка некоторых способов обработки ложа аденомы простаты после чреспузырной аденомэктомии. Автореф. дис. канд.мед наук. Курск. 1969; 18.
125. Хасанов А.И.,Солоняк З.Г. Кудряшова Е.В., Стрельников А.В., Сержанино О.А., Профилактика кардиологических осложнений при аденомэктомии. Общая реаниматология, 2008;2(4): 43 – 47.
126. Ханно Ф.М., Малкович С.Б., Вейн А.Дж. (редакторы). Руководство по клинической урологии. – М., 2006.

127. Хачатрян А.М. Сравнительная оценка различных методов надлобковой чреспузырной аденомэктомии. Автореф. дис. канд. мед.наук. Ленинград. 1970. 18.
128. Холматов Б.У., Боймуродов Э.Н., Супонкулов М.У., Очилов Х.К. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и ее осложнения. Самарканд вилоят куп тармокли тиббиёт марказининг 50 йиллигига багишланган конференция материаллари. Самарканд, 2011:101-102.
129. Цицельский Н.И. Эффективность нашего способа гемостаза при трансвезикальной аденомэктомии простаты. Тез.докл. Актуальные вопросы урологии. Львов. 1983; 96-98.
130. Шахмачев В.И. Оптимизация методов гемостаза при расширенных хирургических операциях на предстательной железе. Дисс. док.мед. наук. Москва. 2003; 228.
131. Шахмачев В.Н. Сравнительная оценки методов гемостаза при открытой аденомэктомии. Урологии 2010;6: 20 – 23.
132. Шорлуян П.М. Применение настоя лагохилуса опьяняющего при одномоментной чреспузырной аденомэктомии. Лагохилус опьяняющий и его применение в медицине (Научные труды Самаркандского мед.инс-та). -Т. 13. – Самарканд, 1957. – С. 151-155.
133. Яровой С.Ю., Мартов А.Г., Максимов В.А. Редкое осложнения трансуретральной лазерной энуклеации аденомы предстательной железы. Урология 2012;6: 92 -93.
134. Andersson L. Combined Prophylaxis of Haemorrhage and Trombosis after Prostatectomy. Actachirscand. 1965; 130; 393-397.
135. Baker W.I., Grot B.C. Evaluation of oxycelbad catheter technigue in suprapubis prostatectomy J. Urol. 1952; 67 (1): 101-105.
136. Charles O., Colsaet B. Prevention das Hemorrhagies en chirurgieprostatigüe. A propos deletude de l'activitehemostatigüe dans la prostatectomie

- d'une nouvelle molécule, la monosemicarbozone de la beta naphthoguenone (Naftazone). *Aun. Urol.* 1972; 6 (3): 209-212.
137. Dela Pena A., Alcina E. Надлобковая простатэктомия, новая техника операции, предотвращающая кровотечение. *J. Urol.* 1962; 2 (88): 86-91.
 138. Gamba G., Fornasar P.M., Grignani G. et al. Haemostasis during transvesical prostatic adenectomy. A controlled trial on the effect of drugs with antifibrinolytic and trombinlike activities. *Blut.* 1979; 39 (2): 89-98.
 139. Goodyear W.R., Beard D. E. Blood Loss in prostatectomy. *Y. Urol.* 1949; 61 (5): 849-857.
 140. Harris S.H. Prostatectomy with closure: 5 years experience. *Brit. J. Surg.* 1934; 21: 434-452.
 141. Hartung R., Maurmayer W. et al. (1976). Цит.: Мухтаров Ш.Т. Разработка, апробация, внедрение и оценка эффективности новых методов и средств малоинвазивного лечения доброкачественной гиперплазии простаты. Дисс. докт. мед. наук. Ташкент. 2002; 75-76.
 142. Hryntschak Fh., Kanzler W. Untersuchungen zum Blutverlust bei der Prostatektomie. *Zschr. Urol.* 1953; 46:1-6.
 143. Lasner J., Aboulker P.L. Anesthesieperidurale continue pour la prostatectomie selon Hryntshak. *Ann. Urol. (Paris).* 1973; 7(1): 1-7.
 144. Lhez A. Prevention et traitement des hemorrhagies de la prostatectomie. *J. Urol. Nephrol.* 1972; 6(78): 492-493.
 145. Malkowich S.B. Superficial bladder cancer: The role of molecular markers in the treatment of high – risk superficial disease // *Semin. Urol. Oncol.* – 1997. – № 15. – С. 169-178.
 146. Miller R.A., May M.M., Herdry W.E. et al. The prevention of secondary haemorrhage after prostatectomy. The value of antifibrinolytic therapy. *Brit. J. Urol.* 1980; 52 (1): 26-28.
 147. Nickel J. Clinical evolution of patients presenting with BPH. *Europ. Urol. (suppl).* 2003; 2: 11-18.

148. Roberts R., Lieber M. Anticoagulation treatment of thrombosis in Urology. Urol. Clin. North. Am. 1999; 26: 737-751.
149. The 4th International Consultation on BPH. Proceedings. A Cockett et al.(eds). SCI Paris 1997.
150. The 5th International Consultation on benign prostatic Hyperplasia (BPH). Paris June 26-28 2000. Channel Ltd.2000.
151. Ward M.C., Richard B. Complications of antifibrinolytic therapy after prostatectomy. Brit. J. Urol. 1979; 51 (3): 211-212.
152. Whitehead E.D. Atlas of surgical techniques in urology. Philadelphia? 1998.