

УДК 660.13.501-64.10.117/12

К.М. АБДИЛЬМАНОВ, И.Б. МАНСУРОВА, К.Ж. МАСКУТОВ, А.Г. АСУБАЕВ,
Г.Е. НАДИРБАЕВ, И.Н. ЯМБАЕВ

Б.У. Жарбосынов атындағы ғылыми орталығы, Алматы қ.

ҚУЫҚ АСТЫ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРСІЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ БОЙЫНША ЖАСАЛАТЫН ОТАЛАРДАН КЕЙІНГІ ПАЙДА БОЛАТЫН ҚУЫҚ ҚЫЗМЕТІНІҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ ЕМІНДЕ КӨЛЕМ ҚҰРУШЫ ГЕЛЬ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Қазіргі урологияның ең өзекті мәселелерінің бірі ҚАБҚГ ТУР отасынан кейінгі науқастарға қарау және реабилитация жүргізу болып табылады. Айтылған жүргізілетін әрекеттер науқастардың отадан кейінгі кезеңде дизуриялық және уродинамикалық бұзылыс белгілерінің сақталуынан туылып отыр. ҚАБҚГ бар науқастардың отадан кейінгі кезеңде несеп шығару бұзылыстарының негізгі емдеу әдістері антибактериалды ем және альфа-1 адреноблокаторлар, физиоом жатады. Қазіргі уақытта отадан кейінгі асқынулар емдеуінің едәуір тиімді, әрі заманауи әдістерінің бірі қуық мойынына ботулиндік ұыт енгізу болып табылады.

Негізгі сөздер: несеп шығарудың ирритативті бұзылыстары, отадан кейінгі реабилитация, уродинамикалық зерттеулер, А типті ботулиндік ұыт.

Куық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы бар науқастардың ТУР отасы жасалғаннан кейін, көп уақытқа дейін сақталатын ирритативті симптоматиканың қалыптасуы, реабилитацияның едәуір мәселесі болып табылады. Осыдан А. Patel және G. Fuchs (2000) ТУР отадан кейінгі алыстанған кезеңде ота жасалған науқастардың несеп шығарудың ирритативті бұзылыстарын 22,5-35%, А.Г. Мартов және сер. (2006) – науқастардың 18,9% анықталды [1, 2, 3, 4].

Қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы бойынша жасалған науқастардың отадан кейінгі кезеңде негізгі ем әдістері антибактериалды және альфа-1-адреноблокаторлар, физиоом (магнит пен лазерлік ем) болып табылады, бірақ айтылған ем әдістері осы науқастардың көбінде қанағаттанарлық нәтиже алу қиынға соғады [5, 6, 7].

Сондықтан, қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы бойынша жасалған ТУР отасынан кейінгі, ирритативтік несеп шығару бұзылыстарын алдын-алу және емдеу жолдарын табу қазіргі уақытта өзекті мәселе болып отыр.

Қазіргі уақытта қуықтың нейрогенді бұзылыстарын емдеудің кең тараған әдістеріне дәрілік ем жатады, оның ішінде қуықтың гиперактивтілігі кезінде антихолинэргиялық дәрілік заттар «алтын стандарт» ретінде саналады. Бірақ бұл дәрілік заттардың кемшіліктері – олардың төмен белсенділігі және олардың жанама әсерлерінің кездесуі.

Нейрогенді бұзылыстарын қалпына келу үшін қолданылатын жаңа және үдемелі әдістерінің бірі А типті ботулиндік ұыт (АБУ) болып табылады. АБУ әсер ету механизмі жүйке-бұлшықеттік синапта пресинапстық мембранада ацетилхолиннің шығуын тежейді, осыдан детрузордың жиырылғыштық қасиеті төмендейді, ол клиникалық тұрғыда кіші дәретінің жиілігінің және ұстай алмау белгілерінің азаюымен көрінеді [6, 8, 9].

Ботулиндік ұыттың негізгі әсер ету нысанасы – жүйке-бұлшықеттік байланыс. Ол кезде миорелакстық әсер кейде бірден пайда болады, ал кейде 3-4 аптаға дейін біртіндеп пайда болады. Ботулиндік ұытты енгізгеннен кейін 1-2 айдан кейін ацетилхолин алмасуы тежелген аксондардан жаңа жүйке құрылымдары пайда бола бастайды, олардан жаңа және белсенді жүйке-бұлшықеттік синапстар түзілуі (спраутинг) ақиқат [10]. Қуықтың нейрогенді қызметінің бұзылыстарының таралуы және оның несеп шығару бұзылыстары, кіші дәретінің ұстай алмауы, онымен қоса емінің тиімсіздігі және әмбебап әдісінің болмауы бұл мәселенің өзектілігін және маңыздылығын көрсетеді, осыдан біздің жұмыстың мақсаты мен мәселелері анықталады.

Құрал мен әдістер

Біздің зерттеу жұмысымызға отадан кейінгі кезеңде ирритативті белгілері бар 24 науқас алынды. Барлық науқастар 2 топқа бөлінді.

1 топ (зерттеу тобы) – 11 науқас, оларға А типті ботулиндік ұыт енгізілді.

2 топ (бақылау тобы) – 13 науқас, оларға симптоматикалық ем жүргізілді.

Науқастардың орташа жасы 69,4±7,1 жыл.

Науқастарды жас бойынша топтарға бөлу 1 кестеде келтірілген.

Барлық науқастарға оперативтік ем жүргізілді. Жасалған оталардың түрлері 2 кестеде келтірілген.

Ботокс – ақ түстілиофилденген ұнтақ, 10 мл вакуумды шыны флакондарда орналасқан, алюминий бекітпесі бар резеңке қақпақшасымен жабылған дәрілік зат. Құрамы 100 бірлік АБУ, адам сарысуының альбуминдері (0,5 мг) және натрий хлориді (0,5 мг).

Үрпі арқылы енгізу әдістемесі

Жалпы немесе жергілікті жансызданумен уретроцистоскопия жасау барысында, үрпінің көлденең-салалы сфинктер аймағы анықталды. Дәрілік затты енгізу үшін Шарьер бойынша №5 дисталды инесі бар эндоинжектор қолданылды. Ине уретроцистоскоптың манипуляциялық өзек арқылы өткізілді.

АБУ эндоинжекторға қосылған шприц арқылы үрпінің көлденең салалы сфинктердің шартты циферблат бойынша 3, 6, 9 және 12 сағаттарында енгізіледі (1 сурет). Әр аймаққа Ботокстың 2 мл (20 бірлік) ерітіндісі 0,5-1,0 см тереңдікке енгізілді.

Нәтижелері

Негізгі топтың науқастарына (11 адам) АБУ үрпі арқылы инъекциялар жасалды, ал бақылау топ науқастарына дәрілік заттармен симптоматикалық ем жүргізілді (празозин, дальфаз, кардура және басқалар). Онымен қоса қалпына келтіру ем кешенінде уретро-везикалды кешенге физиоомдік әдістер жүргізілді: ультрадыбыстық әсер ету, артқы тесікті диадинамикалық токтармен электробелсендіру, озокеритті аппликациялар. Бақылау уродинамикалық зерттеулер екі топта да 2 және 4 аптадан соң жүргізілді. Негізгі топтың науқастарында несеп шығару орта және максималды жылдамдығының өсуі несеп шығару ұзақтығының азаюына дейін, максималды жылдамдықа дейінгі уақыт қысқаруы сияқты уродинамикалық белгілер талданды, қуықтың қызметінің толық қалпына келуі анықталды (3 кесте).

Кесте мәліметтерінде берілгендей қуық қызметінің нейрогуморалды реттеудің қалпына келуі тура тәуелді

тенденция көрінеді. Онымен қоса барлық уродинамикалық көрсеткіштердің нақты жақсаруы қысқа уақытта бақыланды (2 аптадан кейін) және де 4 аптадан кейін өзінің максималды тиімділігіне жетті.

Негізгі көрсеткіштерінің бірі қалдық зәр мөлшері, ол барлық ем әдістерінің тиімділігін нақты көрсетеді, біз екі топтың да қалдық зәр мөлшерін де зерттедік (4 кесте).

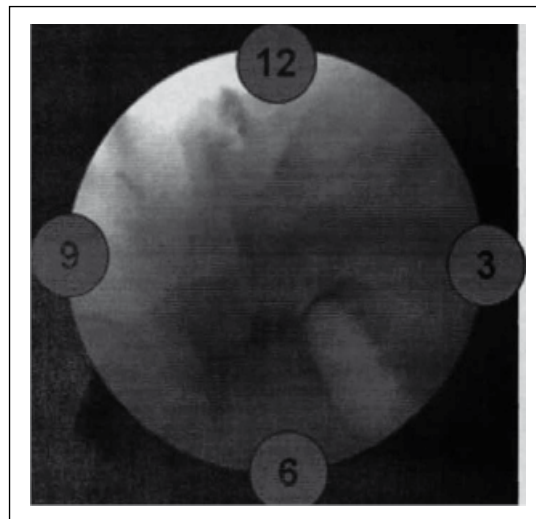
Бұл кестеде негізгі топ науқастарының қалдық зәр мөлшері 50 мл-ден асу байқалған жоқ, ал бақылау тобында науқастардың көбі (8 адам) қалдық зәр мөлшері 50 мл-ден асты.

1 кесте – Науқастарды жас бойынша топтарға бөлу

Жас топтары	Науқастар саны	
	абс.	%
51-60	2	8,3
61-70	6	25,1
71-80	11	45,8
80 жастан жоғары	5	20,8
Барлығы	24	100

2 кесте – Жасалған ота түріне науқастарды талдау

Ота түрі	Науқастар саны	
	абс.	%
ҚАБҚГ ТУР-ы	11	45,8
Аденомэктомия	9	37,7
Троакарлы эпицистостомия	2	16,5
Барлығы	24	100



1 сурет – ботулиндік уыттың енгізу аймақтары

3 кесте – Уродинамикалық бұзылыстарының көрсеткіштерін отаға дейінгі салыстырмалы мәліметтері

Көрсеткіштер	Бақылау тобы (n=13)			Негізгі топ (n=11)		
	емге дейін	емнен кейін		емге дейін	емнен кейін	
		2 апта	4 апта		2 апта	4 апта
Қуықтың тиімді көлемі, мл	228,3±1,2	238,3±10,2	280,3±10,2*	222,9±2,6	340,4±3,4*	374,4±3,1**
Кіші дәретке бірінші шақырыс	128,6±2,5	138,7±2,4	149,7±2,2	133,2±2,4	224,6±4,5*	257,6±4,5**
Кіші дәретке максималды шақырыс, мл	202,5±2,1	208, ±2,6	231, ±2,6*	213,6±2,2	334,7±3,2*	353,7±2,2**
Несеп шығару орташа жылдамдығы, мл/сек	8,5±1,2	10,4±1,6	12,3±1,3	9,6±1,9	16,8±1,7*	20,8±1,2**
Максималды жылдамдық, мл/сек	14,4±1,6	16,4±1,3	17,2±1,2	16,5±2,4	28,2±2,1*	31,8±2,2**
Несеп шығару уақыты, сек	42,5±4,3	39,7±3,2	37,7±3,2	40,3±1,9	28,2±2,3*	22,0±2,1**
Максималды жылдамдыққа дейінгі уақыт, сек	19,2±0,8	16,3±0,4	14,1±0,4*	18,8±0,3	9,8±0,2	7,9±0,3**

Ескерту – * – $p < 0,04$ емге дейін және кейін нақтылық дәрежесі – ** – $p < 0,02$ салыстыру топтарда нақтылық дәрежесі

Осы мәліметтерді ескере отырып, қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы бар науқастардың ауру жайында бұзылыстарды патофизиологиялық мәліметтер жоспарлаған отаға қосымша ретінде қолданылады, консервативті реабилитациялық ем шараларын құрады.

Науқастардың несеп шығаруын субъективті бағалануы келесі көрсеткіштер бойынша өздігінен жүргізілді (5 кесте).

Сонымен екі топтың 13 науқастары кіші дәретінің едәуір жақсарғанын және императивті ұстаманың азаюын белгіледі.

Алынған мәліметтерді ескере отырып, келесі шешім қабылданды: үрпі арқылы АБУ инъекциясы төменгі несеп жолдарының уродинамикасын айтарлықтай жақсартты. Зерттелгендерді арасында симптомдардың нашарлауы байқалған жоқ. Бақылау тобының науқастарымен салыстырғанда келесі шешімдер қабылданды: бір науқаста нашарлау бақыланды, алты науқаста өзгеріссіз нәтижелер, ал төрт науқаста жақсару байқалды.

Сонымен, А типті ботулиндік уыт қолдану зерттелген инфравезикалды бөгеті бар науқастардың отадан кейінгі кезеңде уродинамикалық көрсеткіштерін айтарлықтай жақсартады.

4 кесте – Қалдық зәр мөлшеріне байланысты науқастар талдауы

Қалдық зәр мөлшері, мл	Науқастар саны							
	Негізгі топ (n=11)				Бақылау тобы (n=13)			
	емге дейін		емнен кейін		емге дейін		емнен кейін	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15 дейін	0	0	5	45,4	0	0	0	0
15 – 30	1	9,1	3	27,3	0	0	0	0
30 – 50	4	36,3	3	27,3	2	18,2	3	27,3
50 -100	3	27,3	0	0	4	36,3	5	45,4
100-150	2	18,2	0	0	4	36,3	3	27,3
150 және жоғары	1	9,1	0	0	1	9,1	0	0
Барлығы	11	100	11	100	11	100	11	100

5 кесте – Екі топтың медикаментозды емінің субъективті нәтижелері

Несеп шығару	Негізгі топ (n=11)	Бақылау тобы (n=13)
Жақсару	9 (81,8%)	4 (36,3%)
Өзгеріссіз	2 (18,2%)	6 (54,5%)
Нашарлау	0	1 (9,2%)

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 A. Patel және G. Fuchs Complications de la resection transuretrale dans la cure de hypertrophie prostatique benigne // Journ. Urol. – 1999. -Vol. 95, № 1. – P. 15-21

2 Мартов А.Г. Новые малоинвазивные методы лечения урологической патологии // Новые технологии в медицине и фармации. – Мед. изд. – 2010. – 19-25 с.

3 Лопаткин Н.А. Классификация и лечение органических осложнений аденомэктомии // Аденома предстательной железы. – М., 1987. – 87-89 с.

4 Базаев В.В. Пути улучшения результатов лечения больных аденомой предстательной железы (доброкачественной гиперплазией простаты). – М., 1992. – 158 с.

5 Неймарк А.И. мен Неймарк Б.А., Кан Я.Д., Вишневский А.Е., Тедеев А.В. Отдаленные осложнения трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Матер. IX-Всероссийского съезда урологов. – М., 1997. – 146 с.

6 Качук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Шиков С.М., Темкин Д.Б. Осложнения трансуретральной резекции предстательной железы у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Матер. IX Всероссийского съезда урологов. – М., 1997. – 168 с.

7 Серняк П.С., Виненцов Ю.А., Шамраев В.Г., Кобец В.Г. К вопросу профилактики обструктивных осложнений хирургического лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Совр. пробл. уrol. – Харьков: Факт, 1997. – С. 243-246

8 Лоран О.Б., Вишневский Е.П., Кан Я.Д., Халимов З.М. Причины сохранения расстройств мочеиспускания после аденомэктомии // Тезисы Всеросс. пленума научн. об-ва урологов. – Курск, 1993. – 117 бет.

9 Abdalla M., Davin I., Granier B. Complications de la resection transuretrale dans la cure de hypertrophie prostatique benigne // Journ. Urol. – 1999. – Vol. 95, № 1. – P. 15-21

10 Abrams P.H. Urodynamic results of surgery, (in «Benign prostatic hypertrophy»). Springer-Verlag. – Berlin, 1993. – P. 948-956

РЕЗЮМЕ

**К.М. АБДИЛМАНОВ, И.Б. МАНСУРОВА,
К.Ж. МАСКУТОВ, А.Г. АСУБАЕВ,
Г.Е. НАДИРБАЕВ, И.Н. ЯМБАЕВ**

*Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова,
г. Алматы*

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЪЕМОБРАЗУЮЩЕГО ГЕЛЯ
В ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ
ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ДОБРО-
КАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

Немаловажной проблемой реабилитации пациентов с ДГПЖ после ТУР является сохранение у многих из них в отдаленном послеоперационном периоде ирритативной симптоматики со стороны нижних мочевых путей. Основными методами лечения пациентов ДГПЖ в послеоперационном периоде с целью устранения расстройств мочеиспускания являются назначение антибактериальной терапии и альфа-1-адреноблокаторов, проведение физиотерапевтического лечения.

Целью исследования является оценка эффективности применения ботулинистического токсина в лечении уродинамических нарушений у пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу ДГПЖ.

Материал и методы: Нами в исследование были включены 24 пациента с наличием ирритативной симптоматики, развившейся в послеоперационный период. Все исследуемые были распределены на 2 группы. 1 группа (исследуемая) – 11 пациентов, которым произведены инъекции ботулинистического токсина А. 2 группа (контрольная) – 13 больных, которым проводилась

симптоматическая терапия. Средний возраст пациентов составил 69,4±7,1 года.

Результаты исследования: После лечения отмечено полное восстановление функции мочевого пузыря и объективизированы данные уродинамического обследования в фазу опорожнения, что проявлялось увеличением средней и максимальной скорости мочеиспускания до уменьшения длительности мочеиспускания и времени достижения скорости максимального потока мочи у пациентов основной группы. Также отмечается прямо пропорциональная тенденция восстановлению нейрогуморальной регуляции функции мочевого пузыря. Причем прослеживается достоверное улучшение всех уродинамических показателей в более короткие сроки (через 2 недели) и достигает максимально положительных результатов через 4 недели.

Выводы: Трансуретральные инъекции БТА достоверно улучшают уродинамику нижних мочевых путей. Ухудшения симптомов среди исследуемых не наблюдалось.

Ключевые слова: нарушение мочеиспускания, послеоперационная реабилитация, ботулинический токсин.

SUMMARY

**K.M. ABDILMANOV, I.B. MANSUROVA,
K.Zh. MASKUTOV, A.G. ASUBAYEV,
G.Y. NADIRBAEV, I.N. YAMBAYEV**

*Urology Research Center named after Academician
B.U. Jarbussynov, Almaty c.*

**THE EXPERIENCE OF USING BULK-FORMING GEL IN
THE TREATMENT OF BLADDER DYSFUNCTION AFTER
THE SURGERY FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**

An important problem of the rehabilitation of patients with BPH after the transurethral resection is the irritative symptoms of the lower urinary tract in many of them in the late postoperative period.

The main ways of treatment of patients with BPH in the postoperative period in order to eliminate urinary disorders are the indication of antibiotic therapy and alpha-1-blockers, conducting physical therapy.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of the botulinum toxin in the treatment of urodynamic abnormalities in patients who had undergone the surgery for BPH.

Material and methods: We involved 24 patients with irritative symptoms, which developed in the postoperative period. All patients were divided into 2 groups. The 1st group (studied) included 11 patients, who had injections of botulinum A toxin. The 2nd group (control) included 13 patients, who received symptomatic therapy. The average age of the patients was 69,4±7,1 years.

Results of the study: After the treatment, there was a complete recovery of bladder function and the data of urodynamic examination in the emptying phase were objectified, that was shown by the increased average and maximum speeds of urination to the reduction of the duration of urination and the time to reach the maximum speed of the urine flow in patients of the main group.

There was also a directly proportional tendency to restore neuro-humoral regulation of bladder function. Moreover, a significant improvement of all the urodynamic parameters can be traced in a shorter period of time (2 weeks); and it reached maximum positive results in 4 weeks.

Conclusions: Transurethral injections of botulinum A toxin significantly improved the urodynamics of the lower urinary tract. The worsening of symptoms among the studied patients was not observed.

Key words: Irritative inappropriate urination, post operative rehabilitation, urodynamic studies, A typical botulinum toxin.