Введение

Среди многообразия методов, предлагаемых в настоящее время для лечения ДГПЖ, открытая аденомэктомия остается наиболее радикальным способом лечения этого заболевания.

Методы оперативного лечения ДГПЖ подразделяются на:

1. Открытую аденомэктомию
2. Трансуретральное эндохирургическое лечение ДГПЖ
3. Трансуретральная электровапоризация предстательной железы
4. Электроинцизия ДГПЖ
5. Методы лазерной хирургии
6. Криодеструкция простаты

Выбор метода оперативного лечения определяется: состоянием здоровья (МПС, сопутствующих заболеваний), зональной локализации ДГПЖ, наличие осложнений течения ДГПЖ, величины узлов ДГПЖ, половой активностью пациента, предшествовавшего оперативного лечения, согласием пациента, материально-технической базой ЛПУ, квалификации уролога, предшествующею консервативного лечения ДГПЖ и др.

Показания к оперативному лечению: наличие осложнений ДГПЖ (задержка мочеиспускания, даже после хотя бы одной катетеризации, повторная массивная гематурия, связанная с ДГПЖ, повторная инфекция мочевых путей вследствие ДГПЖ, почечная недостаточность вследствие ДГПЖ, камни мочевого пузыря, большой дивертикул мочевого пузыря); заранее прогнозируемое отсутствие эффекта от предполагаемого консервативного лечения (увеличение средней доли, выраженная инфравезикальная обструкция, большие размеры «аденомы», большое количество остаточной мочи (более 100 мл.) отсутствие эффекта от проведенного консервативного лечения, снижение качества жизни).

Общие противопоказания к оперативному лечению: сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, терминальная стадия ХПН, воспалительные заболевания МПС в активной фазе, отказ больного.

1. Открытая аденомэктомия

В зависимости от доступа к простате различают чрезпузырную аденомэктомию, позадилонную, чрезбрюшинную, ишиоректальную, трансректальную.В настоящее время применяются чрезпузырная и позадилонная аденомэктомии. Оперативное лечение, выполненное в пределах 6часов с момента поступления называется экстренным (при угрожающем жизни кровотечении, тампонаде мочевого пузыря); оперативное лечение выполненное в пределах 48 часов с момента госпитализации называется срочным (острая задержка мочеиспускания при общем удовлетворительном состоянии пациента и неэффективности консервативного лечения).

Отсроченная аденомэктомия- отложенная на первые 10 дней с момента госпитализации в силу следующих причин:

- терапевтических: ОРЗ, «излечение» которого в дальнейшем не препятствует неотложной аденомэктомии

- урологические, пиелонефрит и др. (уретрит); « излечение » которых не препятствует неотложной аденомэктомии (острая задержка).

Противопоказания к неотложной аденомэктомии – общие.

Чрезпузырная аденомэктомия. Преимущества данного вида лечение-это возможность ее выполнение при любом типе роста и размерах ДГПЖ. Специальные показания (исходят из необходимости цистотомии): большие или множественные камни мочевого пузыря, камень предпузырного отдела мочеточника, уретероцеле, дивертикулы, опухоль мочевого пузыря, наличие деформации лобковых костей с невозможностью позадилонной аденомэктомии, анкилозы тазобедренных суставов с невозможностью ТУР. Порядок выполнения оперативного лечения определяет клиническая ситуация, индивидуальная у каждого пациента.

Противопоказания общие.

2. Техника оперативного лечения

Надлобковая чрезпузырная аденомэктомия по методу Фоллера (Фуллера)-Фрейера(1895г.).Положение пациента на спине с приподнятым тазом необходимость предварительной вазорезекции решают индивидуально. Оперирующей слева, а ассистент справа от пациента. Мочевой пузырь через уретральный катетер заполняют кислородом (воздухом) или жидкостью в объеме 200-300мл. При невозможности катетеризации, что встречается при экстренном вмешательстве, для цистотомии «используют» естественное наполнение мочевого пузыря мочой. Доступ срединный или поперечный надлобковый. Стенку пузыря берут на держалку (при необходимости большого разреза на 4 держалки), выполняют высокую (на 4-5см. выше лона) продольную цистотомию длиной от 2-3 до 4-6 см в зависимости от клинического случая. Цистотомия с надлобковым мочепузырным свищом имеет свои особенности. Во-первых, мочевой пузырь уменьшен в размерах и находится «глубоко в тазу», особенно при длительном ношении эпицистостомы. В-вторых пузырь невозможно наполнить жидкостью или воздухом для облегчения поиска пузыря в операционной ране. В-третьих, сам свищ может иметь сложные топографо-анотомическое взаимоотношение с соседними органами, особенно с кишечником. Свищ необходимо иссекать, окаймляя его операционным доступом с захватом рубцовой ткани. Иссечение свища послойное с тщательным гемостазом, визуальным контролем. Цистотомию выполняют к низу от свища. Часто по верхнему краю свища подпаивается брюшина с петлей кишки, тогда необходимо по зонду свищ предварительно рассечь книзу и под контролем введенного в мочевой пузырь пальца иссечь свищ. В затруднительных случаях вскрывается брюшная полость и под контролем из брюшной полости мобилизуется свищ. Поэтому с учетом выше описанных сложностей становится понятным, что аденомэктомию лучше выполнять без предварительной эпицистостомии, а если ее и формировать, то обязательно высоким сечением мочевого пузыря.

После цистотомии следует тщательная ревизия мочевого пузыря с четким определением внутреннего отверстия уретры и устьев мочеточника( в затруднительных случаях можно использовать индигокармин). При выраженном расширении сосудов слизистой их можно предварительно прошить. Указательной палец левой руки вводят в прямую кишку и приподнимают простату. Удаление аденомы производят 2(2 и 4) пальцами правой руки в 4 момента:

1. проникновение в слой между аденомой и ее хирургической капсулой (основной момент аденомэктомии). Фрейер предложил выделять аденому со стороны уретры, для чего 2 палец вводят во внутреннее отверстие уретры и движением вперед надрывают слизистую пузыря и переднюю комиссуру аденомы до хирургической капсулы. Одноко, с учетом того, что аденома в основном локализуется по задней полуокружности уретры, в слой можно проникать и через заднюю комиссуру. Предварительное введение новокаина облегчает «вылущивание». При этом остающаяся целой передняя стенка уретры служат донором последующей эпителизации ложа аденомы, что улучшает послеоперационные результаты. С этой же целью рекомендуется входить в слой не тупо, а остро отступя 1,5-2 см. от места перехода устья уретры на аденому.
2. Вылущение аденомы, войдя в слой, слева продолжают выделение аденомы, против часовой стрелки возвращаясь к исходному пункту. Пальцем в прямой кишке контролируют выделение и поддают простату вверх и повторным кругом выделяют глубокие участки аденомы, доходя до уретры (вставлен катетер), на которой остается фиксированной выделенная аденома
3. Пересечение уретры, производится сразу под аденомой, остро выше семенного бугорка. При вытягивании аденомы, отрывается задняя уретра, что ведет в дальнейшем к стриктурам. При пересечении ниже семенного бугорка развивается недержание мочи.
4. Извлечение выделенной аденомы из полости мочевого пузыря единым блоком или частями. После удаления аденомы необходимо обследовать ложе т.к. оставленные дольки приведут к массивному кровотечению и « ложному» рецидиву.

Важным моментом чрезпузырной аденомэктомии является дренирование и ушивание мочевого пузыря. Глухой шов передней стенки мочевого пузыря при чрезпузырной аденомэктомии является методом выбора, так как укорачивается послеоперационной период и меньше послеоперационные осложнения. При этом дренирование мочевого пузыря осуществляется трансуретрально, чаще трехходовым катетером Фолея с последующим промыванием просвета пузыря растворами антисептиков до «гемостаза и строгим учетом объем промывной жидкости. Уретральный дренаж извлекается на 7-8 день после операции, и пациент далее мочится самостоятельно. Ранее удаление уретрального дренажа (на 3-4 день) и длительное держание (3-4 неделя) ведет к структурам шейки и уретры. При необходимости раннего удаления уретрального дренажа проводят периодическое бужирование уретры.

Глухой шов передней стенки пузыря противопоказан при : инфекциях МПС, дилатация ВМП, ХПН, множественных камнях и дивертикулах мочевого пузыря (одном большом дивертикуле ), гипотония детрузора с большим объемом остаточной мочи (400мл) , пузырно-мочеточниковый рефлюкс, ненадежный гемостаз, субтригональная аденома. В таком случае формируется эпицистома и в зависимости от причины эпицистостомии определяют время и порядок удаления дренажей полости мочевого пузыря. Эпицистостому можно удалять только при восстановленной функции мочевого пузыря и отсутствия инфравезикальной обструкции, что достигается пробой: по стоме мочевой пузырь наполняют антисептиком и при пережатой трубке пациент, во-первых, должен самостоятельно и свободно помочиться, и, во-вторых, вымочить всю введенную жидкость (или почти всю с учетом того, что в полости стоит трубка)

3. Гемостаз

1-При незначительном кровотечении гемостаз осуществляется временным тампонированием ложа (5-7 минут) тампоном, смоченным гемостатическим средством

2- Катетер Фолея используется при незначительном кровотечении и небольших размерах ложа аденомы

3-Постоянные гемостотатические швы, при умеренном и выраженном кровотечении

-о предварительном прошивании сосудов было сказано выше.

-глубокий кисетный шов, кетгутом № 2 накладывается на хирургическую капсулу и прилегающую стенку мочевого пузыря, при этом первый вкол у передней части дефекта слизистой и со стороны слизистой, а выкол на внутренней поверхности хирургической капсулы аденомы; следующей вкол делают глубоко со стороны слизистой мочевого пузыря, и так далее избегая захвата в шов устьев мочеточников, до завершения кисетного шва в передней части окружности, где шов затягивается над введенным в мочевой пузырь катетером Фолея. Передняя стенка пузыря ушивается наглухо.

-S. Harris рекомендовал накладывать на края капсулы и слизистой пузыря в местах кровотечения 4-6 кетгутовых шва и лишь на переднюю часть дефекта(ложа) 1-2 поперечных шва, сближающих противоположные края ложи аденомы. Пузырь ушивается наглухо

-Hrynchak использовал глубокие поперечные кетгутовые швы, накладываемые на шейку мочевого пузыря по передней части дефекта, которые проводятся под катетером, введенным по уретре в мочевой пузырь, сдавливая при затягивании кровоточащие сосуды.

Пузырь ушивается наглухо.

-по Нечипоренко кисетный шов накладывается до удаления аденомы, и затягивают его после вылущения, над двумя трубками большого и малого диаметра, введенными в мочевой пузырь по уретре. Пузырь ушивается наглухо

Однако наложение постоянных гемостатических швов ведет к рубцеванию шейки пузыря и формированию «предпузыря»

4. Съемные гемостатические швы

-Гельфер П.И. 2-и П-образными швами прошивается стенка мочевого пузыря в местах кровотечения (чаще на5, 7, 12, 6 часах циферблата цистоскопии). Выведенные по уретре нити подтягиваются и фиксируются к голени, при этом сдавливаются сосуды, уменьшается ложе аденомы, и сближаются шейка мочевого пузыря и уретра. Степень натяжения определяется интенсивностью окрашивания мочи

Через 10-24г. по мере уменьшения гематурии натяжение нитей прекращают и если кровотечение не возобновилось, то через несколько часов нити извлекают. Уретральный катетер удаляют на 7-8 день. Глухой шов пузыря . ---Карпенко В.С.Стенка мочевого пузыря прошивается П-образными швами вместе с хирургической капсулой, нити выводят, трансуретрально натягивая грузом как при скелетном вытяжении. Глухой шов пузыря

-СитдыковЭ.Н.- трансуретрально выведенные П-образные нити фиксируются к специальной шине в виде стремени к нижней конечности. Глухой шов пузыря.

-Фиксман Ф.Л.(саморазвязывающийся шов)

Уретральный дренаж прошивают кетгутом №5 длиной 70см дистальнее вырезанного в нем отверстие (чтобы отверстие осталось в полости мочевого пузыря) и завязывают узлом. Шейку мочевого пузыря прошивают концами, подготовленной лигатуры справа и слева от аденомы начиная от «мочеточников». После удаления аденомы в уретру ретроградно вводят буж и с его помощью дренажную трубку выводят по уретре наружу. Лигатуры плотно затягивают вокруг дренажа (узлом по переднему краю уретры) первой частью хирургического узла (один узел с двойной закруткой), концы срезают, оставляя 1-1,5см. Глухой шов пузыря. Катетер с нитью удаляют на 5-7 день.

Тугая тампонада ложа аденомы (при массивном кровотечении), марлевым тампоном длиной 2-3 метра с пропитыванием гемостатиками конец тампона выводят не переднюю брюшную стенку через эпицистостому. Через 24-48часов в полости мочевого пузыря вводят 30-50 мл стерильного вазелинового масла и после премедикации и некоторой временной экспозиции тампон извлекают.

Из вышеописанного следует, что надежный гемостаз обеспечивает глухое ушивание передней стенки мочевого пузыря со всеми «вытекающими» положительными результатами.

Неосложненная аденомэктомия не требует сложного дренирования клетчаточного пространства и достигается через рану или контрапертуру на 2-3 дня. При осложнениях способ дренирования зависит от клетчаточного пространства, в котором будет формироваться ответ организма на осложнения. Общие доступы (пути отведения): запирательное отверстие (передние квадранты), промежность, седалищно-прямокишечная ямка. Длительность дренирования - по отделяемому. При активной аспирации достаточно дренировать через контрапертуры передней брюшной стенки.

Следующий метод - расширенная надлобковая аденомэктомии. операция Гарриса - Гринчака-Фабра. Особенности ее – первичный глухой шов мочевого пузыря(Harris) и ушивание простатического ложа (Hryntschak).Показания и противопоказания общие. Особенное показание- сочетание аденомы со склерозом простаты. Недостаток операции - большая травматичность, формирование замкнутой полости с гнойными осложнениями в ней при нарушении техники.

Сечение пузыря высокое, широким разрезом. В пузырь вводят ранорасширитель Гарриса и отсос. Под контролем зрения электроножом рассекают слизистую вокруг аденомы до ткани аденомы. Аденому тянут вверх щипцами Мюзе, а кривыми ножницами или пальцем выделяют аденому из капсулы над контролем зрения. Кровь эвакуируют отсосом. Нижний полюс аденомы отсекают от уретры ножницами. Коагуляция кровотечения.

С помощью бумеранговой иглы на 4 и 8 часах простатического ножа накладывают гемостатические швы, так же накладывают дополнительные швы (Harris).Затем резецируют или рассекают задний край ложа аденомы. С помощью бумеранговой иглы накладывают глубокий поперечный шов по переднему краю ложа, а так же глубокие швы по заднему краю его. В уретре вводят постоянный катетер №24 с поперечно срезанным клювом. На простатическое ложе накладывают затем второй, а при необходимости и третий поперечный глубокий (под катетером, а узел на слизистой) шов. Глухой шов пузыря. Катетер удаляют через 2-5 дней.P.S.При использовании баллон - катетера Фолея последний устанавливают в полости пузыря над швами, производят натяжение. Катетер удаляют на 8-е сутки.

Методика экстрауретральной аденомэктомии по И.Ф. Сергиенко с сохранением предстательной части уретры и шейки мочевого пузыря: переднюю стенку мочевого пузыря рассекают поперечно. Над местом расположения аденоматозных узлов ножницами или электроножом производят полуовальный разрез, отступя на 0.5-2 см в зависимости от локализации и размера узлов - разрезы могут смещаться. Края раны прошивают и приподнимают лигатурой, а браншами ножниц или кончиком 2 пальца мобилизуют аденому, контролируя целость уретры по введенному катетеру. Аденому делят на фрагменты и удаляют из разреза. На края раны погружные кетгутовые швы и в «ложе» баллон-катетер (от 5 до 30мл.)

Внепузырная позадилонная аденомэктомия. Эта операция показана при неосложненных формах ДГПЖ и при большом объеме аденомы с преимущественным подпузырным ростом. Достоинство операции – отсутствие необходимости вскрытия мочевого пузыря и сокращения срока послеоперационного периода. Недостаток ее – сложность методики. Противопоказана эта методика в тех случаях, когда необходима цистотомия (смотри ранее) включая и среднюю долю.

Методика Лидского: перед операцией в мочевой пузырь вводят мягкий катетер, и мочевой пузырь промывают антисептиком, но не заполняют его. Положение больного на спине с приподнятым тазом. Доступ срединный или поперечный. Предпузырную клетчатку, рассекают в поперечном направлении, обнажая шейку мочевого пузыря и капсулу простаты. Вены на простоте прошиваются вдоль будущего поперечного или дугообразного разреза и лигатуры используют как держалки. После рассечения капсулы простаты производят раздельное вылущение вдоль аденомы тупо и остро, стараясь сохранить уретру и слизистую шейки мочевого пузыря, ориентируясь на баллон-катетер Фолея. Вылущению помогают другой рукой, со стороны прямой кишки приподнимая простату. Затем восстанавливается капсула простаты. Дренируется клеточное пространство. Катетер Фолея удаляется через 7-8 дней.

Методика Лидского - Сергиенко. Доступ к простате, как при методике Лидского, но разрез простаты продольный ниже (дорсальнее шейки пузыря и уретры), дифференцированный по локализации узлов ДГПЖ, одно или двусторонний. Методика позволяет щадить уретру и слизистую шейки пузыря. Послеоперационные ведения на катетере Фолея 5-8 дней. Этот метод лучший при позадилонном доступе.

Методика Милина сейчас не применяется, в виду большой травматичности она отличается от методики Лидского тем, что ДГПЖ иссекается вместе с простатической частью уретры (прилегающей части) и так же производится резекция слизистой задней стенки шейки пузыря. В после операционном периоде часты гнойные осложнения. Специфические осложнения при позадилонной аденомэктомии - остеит и остеомиелит лобковых костей, тазовый тромбофлебит.

5. Послеоперационные осложнения аденомэктомии

Ранние: кровотечение из ложа простаты(0,7-10%), гнойно-воспалительные осложнения(10,3%); желудочно-кишечные кровотечения(0,29%), острая сердечно-сосудистая недостаточность(3,95%), инфаркт миокарда(0,29%)ТЭЛА(0,2-3%), инсульт(0,15%), тромбофлебит вен нижних конечностей(0,7%).

Отдаленные осложнения аденомэктомии: длительно не заживающий надлобковый мочепузырный свищ, структура мочеиспускательного канала и стеноз шейки мочевого пузыря(0,4-7,1%), предпузырь, недержание мочи(1-2%), рецидив ДГПЖ (1-2%) .Истинный рецидив обычно проявляется через 5-6 лет.

6. Трансуретральное эндохирургическое лечение ДГПЖ (ТУР)

Преимущество ТУР перед открытой операцией

- отсутствие травмы мягких тканей при доступе к предстательной железе

- четко контролируемый гемостаз во время операции

- менее длительная реабилитация больных в послеоперационном периоде

- возможность оперативного лечения у лиц с тяжелыми интеркурентными заболеваниями, так же и в экстренном порядке.

Недостаток- операция менее радикальна, чем открытая аденомэктомия. Принцип операции - послойная электрохирургическая резекция ДГПЖ в пределах определенных границ: дистально- семенной бугорок, проксимально - межмочеточниковая складка, шейка мочевого пузыря.

Осложнения ТУР: повреждение капсулы простаты, венозных сплетений с развитием ТУР - синдрома, кровотечение, повреждения стенки мочевого пузыря, мочеточников, гнойно-воспалительные осложнения, повреждения уретры.

Поздние: структура уретры, склероз шейки мочевого пузыря, ретроградная эякуляция(75-93%)

Показания к ТУР:

1. Объем простаты до 60-80см3
2. молодой возраст
3. ожирение
4. тяжелое сопутствующее заболевание, как противопоказание к открытой операции
5. ранее перенесенные операции на мочевом пузыре, простате, брюшной стенке; после лазерных методов лечения, термотерапии, гипертермии
6. истинные и ложные рецидивы аденомы
7. сочетание ДГПЖ с хроническим простатитом и камнями простаты
8. длительное консервативное лечение ДГПЖ

Противопоказание: острые воспалительные заболевания МПС, невозможность поместить пациента в урологическое кресло (анкилоз тазобедренных суставов и др.). За последние годы показания к ТУР расширяются.

6. Трансуретральная электровапоризация предстательной железы

(ТУВ)

Этот вид оперативного лечения основан на технике ТУР, но с применением роликового электрода- вапортрода, при этом в зоне контакта электрода с тканью возникает выпаривание ткани, подсушивание, коагуляция с глубиной проникновения в 10 раз больше, чем при ТУР и поэтому с меньшим кровотечением.

Показания к данному методу ограничены объемом ДГПЖ(до 40 см3),что устраняется сочетанием ТУВ и ТУР.

Противопоказания те же что и к ТУР.

Электроинцизия ДГПЖ

В основе метода лежит продольное рассечение ДГПЖ на 5,7,12 часах условного циферблата.

Показание:

- молодой возраст пациента с сохраненной половой функции

- небольшой объем предстательной железы

- расстояние от семенного бугорка до шейки мочевого пузыря не более 3,5-4,0см

- преимущественно внутрипузырный рост ДГПЖ

- отсутствие злокачественного поражения предстательной железы.

7. Методы лазерной хирургии

Основаны на воздействии лазерной энергии на ДГПЖ с эффектом коагуляции, рассечения и выпаривания ткани.

 Лазерная вапоризация предстательной железы:

- бесконтактная;

-контактная

Лазерная коагуляция предстательной железы

- бесконтактная;

- контактная

-интерстициальная

Пример техники бесконтактной лазерной аблации (коагуляции)- воздействие лазерным пучком на ткань простаты в четырех квадрантах – на 2,4,8,10 часах условного циферблата; при наличии средней доли ее коагуляция производится снаружи на 5,6,7 часах условного циферблата. В последующие 2-4 недели некротизированная ткань отторгается, создавая эффект отсрочки на 1-3 мес. с момента коагуляции. Явным преимуществом метода является больший процент сохранения сексуальных функций в послеоперационном периоде и меньший процент других осложнений.

8. Криодеструкция аденомы простаты

Метод основан на быстром замораживании тканей.

Особое показание - тяжелые интеркурентные заболевания, не позволяющие провести радикальное вмешательство.

Существует 3 вида криодеструкции: слепая, криодеструкция на открытом мочевом пузыре, эндоскопическая криодеструкция.

 Наиболее эффективна эндоскопическая криодеструкция, проводят ее через эпицистому под эндоскопическим контролем с холодовой экспозицией по 10 минут 2 раза с интервалом 5-7 минут. Дальнейшее отмывание некротических масс через эпицистому(3-4 нед.)

Осложнение: отек мошонки, полового члена, умеренная гематурия.

Малоинвазивные методы лечения

1. Баллонная дилатация-метод основан на механическом воздействии с расширением задней уретры, передней и задней комиссуротомии ДГПЖ посредством специально баллонного дилататора вводимого под контролем эндоскопии или рентгеноконтролем. Давление 3-4 атм. Клинический эффект у 70 %, через 1 год у 25%.Частое осложнение- гематурия. Метод паллиативен.
2. Уретральные стенты - метод на механической дилатации ДГПЖ и установки эндоуретральных стентов. Метод может применяться самостоятельно или как дополнение в виде внутреннего дренирования.

Противопоказание: рецидивирующая мочевая инфекция, камни и новообразования мочевого пузыря, нейрогенный мочевой пузырь, недержание мочи, деменция.

Временные стенты: эндоуретральные катетеры, урологические спирали 1 и 2 поколения; саморассасывающиеся стенты.

Установка стентов производится под визуальным, рентгенологическим или ультразвуковым контролем с помощью эндоскопического инструментария или специальных катетеров- проводников. Клиническая эффективность в 50-95%.Осложнения: миграция стента, мочевая инфекция, инкрустация стента, ирритативные симптомы и стрессовые недержания мочи, уретроррагия. Частота осложнений меньше при применении стентов второго поколения (титаново -никелевые сплавы с эффектом памяти- «Memokath», « Prostacoil») и при применении саморассасывающихся стентов на основе полимеров полигликолевой кислоты(PGA=3-4 нед.; PDLLA=2 мес.; PLLA=4-6 мес.)

Применяются рассасывающиеся стенты как момент внутреннего дренирования мочи при различных операциях.

Постоянные стенты - предназначены для пожизненного дренирования мочевого пузыря, с последующей эпителизацией стента. Стенты титановые(ASI Urolume ,Ultraflex)и нитиноловые(Memotherm)имеющие меньше осложнений.

Осложнения: миграция стента, ирритативные симптомы, инкрустация стента, мочевая инфекция, эпителиальная гиперплазия.

Заключение

Несмотря на многообразие методов лечения ДГПЖ они не являются конкурирующими. Рациональное дополнение одного метода другим, исходя из конкретной клинической ситуации, позволяет эффективно коррегировать ДГПЖ.

аденомэктомия лечение гемостаз послеоперационный

Список использованной литературы

1. Руководство по урологии, 3-х томник под редакцией Н.А. Лопаткина г. Москва «Медицина» 1998г.
2. Оперативная урология под редакцией Н.А. Лопаткина Ленинград «Медицина»1986г.
3. Руководство по клинической урологии под редакцией А.Я. Пытеля Москва «Медицина»1969г., 2-х томник
4. Лекционный материал за 2007 год