

**ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОТКРЫТОЙ  
АДЕНОМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ  
ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ  
МОДИФИЦИРОВАННОГО СЪЕМНОГО ШВА**

**Б.А. Боталаев, Р.М. Курбаналиев, М.Б. Абдыкалыков**

Национальный госпиталь при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и  
повышения квалификации им. С.Б. Даниярова  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) распространённое заболевание, среди мужчин пожилого и старческого возраста. Это связано с увеличением продолжительности жизни населения земного шара. Но в последние годы многие исследователи отмечают эту патологию и в молодом возрасте. По данным ВОЗ смертность от ДГПЖ для развитых европейских стран составляет примерно 23 на 100 тыс. мужского населения в возрасте старше 45 лет. Несмотря на то, что в настоящее время предложено большое количество препаратов, они далеко не всем оказывают лечебный эффект и, кроме того, требуют длительного их применения, поэтому основным методом лечения остается хирургический. Из-за поздней обращаемости многие больные не попадают в группу для консервативного лечения, а также из-за огромных размеров больше 90 см<sup>3</sup> простаты и наличие камней мочевого пузыря приходится делать открытую аденомэктомию и появление модифицированных медотов съемного шва до сих пор остается актуальным.

Разработанный способ съемного шва для гемостаза при чреспузырной аденомэктомии имеет ряд преимуществ: позволяет предотвратить и значительно уменьшить риск тромбогеморрагических осложнений в послеоперационном периоде особенно у тех больных, которые обратились очень поздно и имеет большой размер простаты также с наличием камней в мочевом пузыре, а также предложенный метод очень простой никаких дополнительных затрат не требует и может выполняться в любой урологической клинике.

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, съемный шов, аденомэктомия, раннее осложнения, профилактика.

**МОДИФИКАЦИЯЛЫК АЛЫНМАЛЫК ТИГҮҮ КОЛДОНУУСУ  
МЕНЕН ЭРКЕК БЕЗИНИН ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ МЕНЕН ООРУГАН  
БЕЙТАПТАРГА АЧЫК АДЕНОМЭКТОМИЯ УЧУРУНДАГЫ ЭРТЕ  
КАБЫЛДООЛОРДУ АЛДЫН АЛУУ**

**Б.А. Боталаев, Р.М. Курбаналиев, М.Б. Абдыкалыков**

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо Министерлигинин  
алдындагы Улуттук Госпиталы

И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти  
жогорлатуу медициналык институтунун  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Эркек безинин чонойушу улгайган жана улгайган курактагы эркектер арасында таралган оору болуп саналат. Бул дүйнө калкынын өмүрүнүн узактыгынын жогорулашына байланыштуу. Бирок акыркы жылдары көптөгөн изилдөөчүлөр бул патологияны жаш кезинде

байкашкан. Бирок акыркы жылдары көптөгөн изилдөөчүлөр бул патологияны жаш кезинде байкашкан. Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун маалыматы боюнча, Европанын өнүккөн өлкөлөрүндө 45 жаштан жогорку 100 000 эркек калкка болжол менен 23 кишини түзөт. Учурда сунушталып жаткан көп сандагы дары-дармектер, алар ар бир адам үчүн терапиялык таасирге ээ эмес жана андан тышкары, аларды узак мөөнөттүү колдонууну талап кылгандыгына карабастан, дарылоонун негизги ыкмасы хирургиялык бойдон калууда. Кеч макулдашылгандыктан, көптөгөн бейтаптар консервативдүү дарылоо тобуна кирбейт, ошондой эле простата безинин чоңдугу 90 см<sup>3</sup>ден ашкандыктан жана табарсыктагы таштар болгондуктан, ачык аденомэктомия жасатууга туура келип, модификацияланган көрүнүштөр пайда болот. алынуучу тигүү ыкмалары дагы эле актуалдуу.

Трансвезиалдык аденомэктомияда кошумча гемостаздын иштелип чыккан методу бир катар артыкчылыктарга ээ: операциядан кийинки мезгилде тромбогеморрагиялык асқынуулардын алдын алууга жана олуттуу төмөндөтүүгө мүмкүндүк берет, айрыкча өтө кеч кайрылган жана табарсык бар простата беги чоң болгон пациенттерде. таштар, ал эми сунушталган ыкма абдан жөнөкөй.кошумча чыгымдарды талап кылбайт жана каалаган урологиялык клиникада жасаса болот.

**Негизги сөздөр:** простата безинин зыянсыз гиперплазиясы, алынуучу тигиш, аденомэктомия, эрте татаалдашуу, алдын алуу.

## PREVENTION OF EARLY COMPLICATIONS DURING OPEN ADENOMECTOMY IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA USING A MODIFIED REMOVABLE SUTURE

**B.A. Botalaev, R.M. Kurbanaliev, M.B. Abdykalykov**

National Hospital at the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

Kyrgyz State Medical Academy. I.K.Akhunbayev

Kyrgyz State Medical Institute for Advanced Training and Retraining

named after S.B.Daniyarov

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary.** Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) is a common disease among men of advanced and senile age. This is due to the increase in life expectancy of the world's population. But in recent years, many researchers have noted this pathology at a young age. According to WHO, the mortality rate from BPH for developed European countries is approximately 23 per 100,000 male population over the age of 45 require long-term use, so the main method of treatment remains surgical.

Due to late negotiability, many patients do not fall into the group for conservative treatment, and also, because of the huge size of the prostate more than 90 cm<sup>3</sup> and the presence of bladder stones, open adenomectomy has to be done, and the appearance of modified removable suture methods is still relevant.

The developed method of additional hemostasis in transvesical adenomectomy has a number of advantages: it allows to prevent and significantly reduce the risk of thrombohemorrhagic complications in the postoperative period, especially in those patients who applied very late and have a large prostate with the presence of bladder stones, and the proposed method is very simple. does not require additional costs and can be performed in any urological clinic.

**Keywords:** Benign prostatic hyperplasia, removable suture, adenomectomy, early complications, prevention.

**Актуальность.** Среди мужчин пожилого и старческого возраста одним из наиболее распространенных заболеваний, требующих оперативного лечения, относится гиперплазия предстательной железы [1,2].

Этот факт исследователи объясняют увеличением продолжительности жизни населения земного шара и участвовавшей в связи с этим ДГПЖ, поражающей мужчин. Но в последние годы многие исследователи

отмечают эту патологию и в молодом возрасте [3-5]. Кроме того, наблюдается неуклонный рост заболеваемости.

В настоящее время ДГПЖ, являясь часто встречающимся заболеванием мочеполювой сферы у мужчин достаточно «помолодел» и проявляется уже в возрасте 40-50 лет, а частота постепенно нарастает и составляет 11,3%, у лиц до 80 лет – в 81,4%. В странах Европы смертность от ДГПЖ составляет 30 больных на 100 тыс. населения, в России составила 3,88 в сравнении с 1,42 в Италии, в Великобритании 1,18 и 0,26 в США. По данным ВОЗ смертность от ДГПЖ для развитых европейских стран составляет примерно 23 на 100 тыс. мужского населения в возрасте старше 45 лет [2,7].

Ежегодно около 1,7 млн. пациентов в США обращаются к врачам-урологам по этому поводу [6,7]. Это констатирует, что ДГПЖ относится и к числу заболеваний, наиболее значимых в медико-социальном и экономическом аспектах и по прогнозам социологов предполагается, что к 2020 году количество людей старше 60 лет (многие из них будут страдать заболеваниями простаты) возрастет в 3 раза [2,7].

По данным исследований российских урологов отмечается рост распространенности ДГПЖ с 11,3 % в 40 – 49 лет до 81,4 % в 80 лет. После 80 лет она встречается у 95,5 % мужчин. При профилактических обследованиях мужчин старше 50 лет она выявлена у 10 – 15 % пациентов, а при УЗИ – у 30 – 40 % этой же возрастной группы. Наличие морфологических признаков ДГПЖ, равно как и ее увеличение, определяемое при пальпации или УЗИ, далеко не всегда соотносится со степенью клинических проявлений заболевания [8-10].

Доминирование нарушений гемостаза среди других тяжелых послеоперационных осложнений при чреспузырной аденомэктомии может быть связано со снижением резервных возможностей свертывания и суммарной литической активности крови [Клигуненко Е.Н., Доценко В.В., 2008, Симченко Н.И., Быков О.Л., Сахаров П.В., 2009, Романова И.С., Кожанова И.Н., Гавриленко Л.Н., 2011, Трутнев В.П., 2010]. Установлено, что, независимо от метода анестезиологической защиты, отмечается активация прокоагулянтного

потенциала при ослаблении фибринолитической системы гемостаза. Наиболее выраженные изменения гемостаза отмечаются на протяжении 3 - 5 суток послеоперационного периода.

Известен способ гемостаза при аденомэктомии [Тыналиев М.Т., Евсюков В.Н., АС №1161090, 1995г], заключающийся в повышении герметичности гемостатических швов и снижении риска послеоперационных осложнений. Данная методика основана на наложении внутреннего съёмного катетера на ложе простаты с одновременной установкой уретрального и мочеточникового катетера №4-5. Однако, при удалении мочеточникового катетера съёмный шов распускается и может возникнуть миграция уретральной трубки, что чревато развитием послеоперационных кровотечений, тампонады мочевого пузыря или воспалительных реакций.

Также, существует способ гемостаза путем установки в ложе аденомы предстательной железы баллонного катетера с натяжением катетера путем его фиксации лигатурой на голени больного [Лопаткин Н.А. и др., 1986]. Недостатком данного метода является возможность отсутствия спонтанных сокращений ложа аденомы простаты, миграции катетера в простатический отдел уретры, особенно при больших размерах аденоматозных узлов, с возникновением выраженного болевого и дизурического синдромов, риска развития кровотечений, гипоксии слизистой оболочки уретры с образованием рубцово-склеротических стриктур.

Известен способ дренирования мочевого пузыря после чреспузырной аденомэктомии [Османов М.Г., Арбулиев М.Г., патент № RU 2635025], заключающийся в интраоперационном введении во внутреннее отверстие мочеиспускательного канала проксимального конца баллонного катетера с выведением его дистального конца через стенку мочевого пузыря на переднюю брюшную стенку и натяжение катетера за счет капроновой лигатуры, проведенной через уретру с фиксацией к голени пациента. Недостатком данной методики является смещение баллонного катетера в полость мочевого пузыря или в ложе простаты с

возникновением риска тромбгеморрагических и деструктивно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Основным методом лечения остается хирургический, несмотря на то, что в настоящее время предложено большое количество гормональных препаратов, но результаты их пока остаются неудовлетворительными, они далеко не всем оказывают лечебный эффект и, кроме того, требуют длительного их применения. Из-за поздней обращаемости многие больные не попадают в группу для консервативного лечения, а также из-за огромных размеров больше 90 см<sup>3</sup> простаты и наличие камней мочевого пузыря приходится делать открытую аденомэктомию и появление модифицированных медотов съемного шва до сих пор остается актуальным.

**Цель работы:** снизить частоту ранних тромбгеморрагических осложнений после операции аденомэктомии за счет модификации съемного шва на ложу простаты.

**Задачи исследования:**

1. Изучить частоту и характер ранних тромбгеморрагических осложнений после аденомэктомии, выполненной по поводу гиперплазии предстательной железы.

2. Изучить и сравнить модифицированную съемную шов на ложу простаты и разработать показания и противопоказания для его применения.

**Материалы и методы.** С 2014 по 2018 гг. нами обследовано и были прооперированы, по предложенной нашей методике 27 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), который находились в Республиканском научном центре урологии при НГ МЗ КР.

Наиболее часто поступали больные в возрасте от 60 до 80 лет, которые составили 44,8%, но и лиц 80 лет и старше было 38 (30,4%). Средний возраст больных с ДГПЖ составил 68,3±1,6 лет. Необходимо отметить, что и при рассмотрении возраста по группам было отмечено, что значительный удельный вес больных этого возраста превалировал во всех группах. При поступлении больных в стационар мы всегда пытались выяснить давность заболевания.

Анализ давности заболевания показал, что наиболее часто больные поступали на оперативное лечение с давностью болезни от 2 до 3 лет (8 чел. – 30,4%), почти в равном числе наблюдений были больные с давностью до 6 месяцев (7 чел. – 13,6%), от 6 мес до 1 года и от года до двух лет госпитализировали по 12 пациентов (17,6%) и реже поступали больные, которые страдали доброкачественной гиперплазией предстательной железы более 3 лет. Это соотношение наблюдается во всех группах лишь с незначительными колебаниями.

Таблица 1 – Характеристика методов исследования

| Методы                       | Характеристика                                                                                                                               |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Клинико-лабораторные         | Сбор анамнеза, объективный осмотр, ректальное исследование, дневник мочеиспусканий, IPSS, общий анализ крови, мочи.                          |
| Инструментальные             | УЗИ МПО, обзорная рентгенография, экскреторная урография, цистография, УФМ, КТ                                                               |
| Биохимические                | печеночно-почечные тесты, АЛТ и АСТ, глюкоза крови, посев мочи на микрофлору, определение чувствительности к антибиотикам, гемостазиограмма. |
| Специальные                  | ПСА крови                                                                                                                                    |
| Гистологическое исследование | Резецированные ткани после Аденомэктомии и ТУРП                                                                                              |

Одним из пусковым моментом для развития тромбгеморрагических осложнений является недостаточный гемостаз во время и ближайшие часы послеоперационного периода.

У наших больных исходный уровень тромбоцитов был выше нормы, через сутки количество увеличилось, но на 5-е сутки отмечено снижение и к 10 суткам количество тромбоцитов достигло нормы.

Анализ полученных результатов адгезии тромбоцитов показал, что у больных этот показатель был ниже нормы, через сутки после операции он повысился, через 5 суток еще больше повысился и на 10 сутки оставался высоким и достоверно отличался от нормы.

Адгезия тромбоцитов до операции была выше нормы, через сутки после операции она повысилась незначительно, а на 5-е и 10-е сутки уже не отличалась от нормы.

Рассматривая показатели агрегации тромбоцитов необходимо отметить, что она до операции была существенно короче с нормой, через сутки после аденомэктомии она оставалась на прежнем уровне, через 5 и 10 суток отмечена лишь тенденция к нормализации.

**Предложенный способ гемостаза при чреспузырной аденомэктомии.** Поставленная задача решается в способе гемостаза при одномоментной чреспузырной аденомэктомии путем наложения на место ложа аденоматозных узлов простаты съемного кисетного шва с установкой силиконово-латексного баллонного уретрального катетера F18-24 с одновременной установкой дополнительной полиуретановой трубки F4-6 и их совместным выведением по уретре. При этом этой же нитью катетер прошивается ниже и контрлатерально хода баллончика, захлест петли шва фиксирует полиуретановую трубку. Свободный конец шва дополнительно фиксирует катетер и трубку друг к другу, оба конца завязываются. Натяжение дренажей осуществляется до верхней трети голени и снимается через 6 часов после операции. При удалении полиуретановой трубки на 2-е сутки одновременно распускается съемный шов, при этом баллончик уретрального катетера за счет своей площади давления осуществляет дополнительный гемостаз путем

тампонирования раны и, находясь в зоне наложения шва, не препятствует естественному сокращению ложа аденомы простаты.

Способ осуществляется следующим образом: при одномоментной чреспузырной аденомэктомии путем обнажения и вскрытия передней стенки мочевого пузыря бимануально вылушиваются аденоматозные узлы простаты, на место ложа накладывается съемный кисетный шов с последующей установкой силиконово-латексного баллонного уретрального катетера F18-24 раздутым до 40-45см<sup>3</sup>, а при послеоперационных кровотечениях до 60см<sup>3</sup> с одновременной установкой дополнительной полиуретановой трубки F4-6 и их совместным выведением по уретре. При этом этой же нитью катетер прошивается ниже и контрлатерально хода баллончика, захлест петли шва фиксирует полиуретановую трубку (рис. 1,2,3). Свободный конец шва дополнительно фиксирует катетер и трубку друг к другу, оба конца завязываются (рис. 4). Натяжение дренажей осуществляется до верхней трети голени и снимается через 6 часов после операции (рис. 5,6). При удалении полиуретановой трубки на 2-е сутки одновременно распускается съемный шов, при этом баллончик уретрального катетера за счет своей площади давления осуществляет дополнительный гемостаз путем тампонирования раны и, находясь в зоне наложения шва, не препятствует естественному сокращению ложа аденомы простаты. Через контрапертуру устанавливают эпицистостомический поливиниловый дренаж с последующим ушиванием дефекта мочевого пузыря двурядным кисетным швом. Уретральный катетер удаляется на 5-6е сутки после операции.

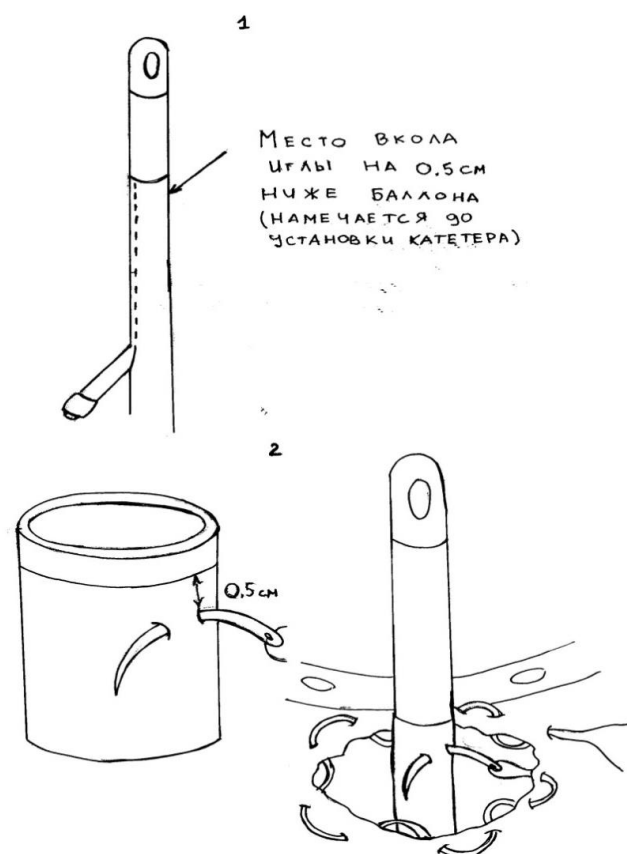


Рис. 1,2. Первый этап наложение съемного шва на ложу простаты и момент фиксации к уретральному катетеру.

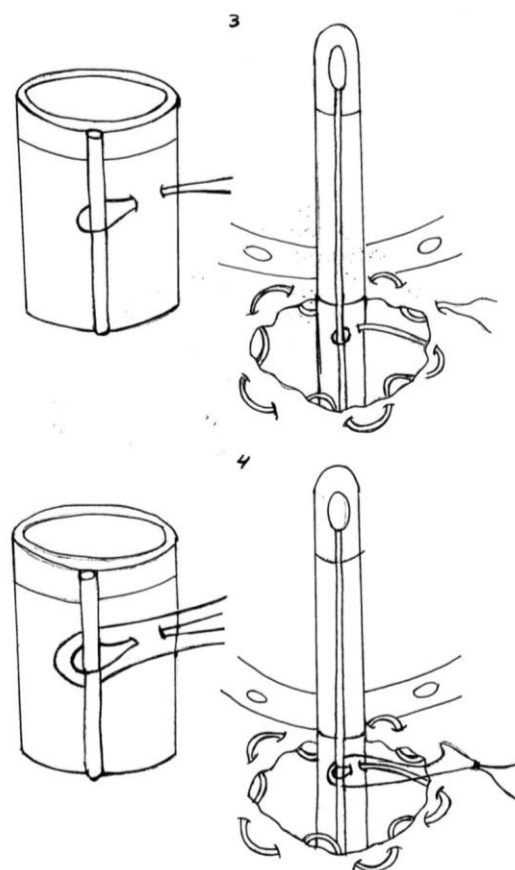


Рис.3,4. Второй этап установка дополнительного проводника для фиксации съемного шва.

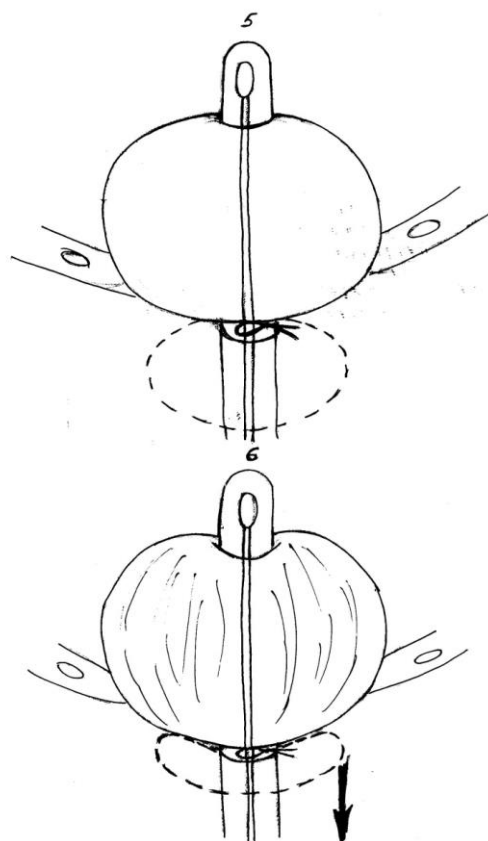


Рис.5,6. Третий этап окончательный вид после затягивание съемного шва и раздутый баллончик для дополнительного гемостаза

### Приводим клинический пример:

Больной Л., 64 лет, поступил в урологическое отделение РНЦУ с диагнозом: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы II стадии. Вторичный цистит. Хронический пиелонефрит. При поступлении пациент жаловался на затрудненное мочеиспускание малыми порциями мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, никтuriю до 8 раз.

В ОАК: Hb-131 г/л, эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $5,6 \times 10^9/л$ , тромбоциты –  $222,7 \times 10^9/л$ , СОЭ – 18мм/ч.

В ОАМ – сол/желтая, сл/мутная, 1016, белок – отрицателен, лейкоциты – 12-20 в п.з., эритроциты – 0-1 в п.з.

Протромбиновое время 12,0сек, ПТИ-101%, МНО – 0,92, Фибриноген – 3560мг/л, Тромбиновое время – 17,0сек, АЧТВ – 24,0сек, Тромботест – VI степени.

ПСА общий – 2,365нг/мл, свободный – 0,595нг/мл.

УЗИ: размер простаты 65х59х56мм, в полость мочевого пузыря пролоббирован узел размером 31мм. Объем железы 115см<sup>3</sup>. Остаточной мочи 170мл.

Произведена операция – одномоментная чреспузырная аденомэктомия со съёмным швом на ложе простаты, двусторонней вазорезекцией, эпицистостомией (по разработанной методике). Интраоперационная кровопотеря составила около 120мл, после аденомэктомии – около 100мл. Поливиниловая трубка удалена на 2-е сутки после операции, уретральный катетер – на 6-й день.

В ОАК, взятом на 3-и сутки после операции: Hb-120 г/л, эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $6,8 \times 10^9/л$ , тромбоциты –  $188,8 \times 10^9/л$ , СОЭ – 25мм/ч.

ПТИ – 85%, Фибриноген – 3260мг/л, Тромбиновое время – 15,0сек.

В процессе работы мы проследили, как изменялось количество тромбоцитов в послеоперационном периоде в сравнении с исходными величинами. Через сутки после операции повысилось количество тромбоцитов, на 5-е сутки продолжалось повышение, а на 10 сутки количество тромбоцитов достигло нормы.

В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось, заживление раны – рег I. Пациент наблюдался в

катамнестические сроки от 1 до 6 месяцев. Показатели гемостазиограммы сохранялись в пределах нормативных величин, т.е. тромбогеморрагических осложнений не выявлено.

По предложенному способу прооперировано 27 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, у всех пациентов не имелось признаки раннего или позднего кровотечения и воспалительно-деструктивных изменений из ложа аденомы простаты в послеоперационном периоде.

Разработанный способ дополнительного гемостаза при чреспузырной аденомэктомии имеет ряд преимуществ: позволяет предотвратить и значительно уменьшить риск тромбогеморрагических осложнений в послеоперационном периоде; раздутый до 40-45см<sup>3</sup> (при кровотечениях до 60см<sup>3</sup>) баллончик уретрального катетера тампонирует зону наложения шва до 5-6 суток с компрессией ложа аденомы простаты, способствуя профилактике развития послеоперационных кровотечений, которые имеют максимальную частоту развития к 3-5 суткам после аденомэктомии. При данном способе гемостаза нет необходимости дополнительно фиксировать уретральный катетер к крайней плоти полового члена во избежание воспалительных осложнений (баланитов, баланопоститов); размер силиконово-латексных баллонных катетеров может варьировать от F18 до 24, они более эластичны и менее травматичны, чем поливиниловые и полиуретановые дренажи,

которые применяются при наложении классических съемных швов на ложе аденомы простаты; при натяжении дренажей в послеоперационном периоде не происходит прорезывания нитей и надрыва слизистой оболочки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала за счет увеличения площади давления раздутого баллончика катетера на зону наложения швов.

**Выводы.** Несмотря на появление высокотехнологических методов лечения, а также существующее в настоящее время большое количество фармпрепаратов для консервативной терапии, результаты лечения пока остаются не совсем удовлетворительными, во-первых, препаратов нужно принимать долго и во-вторых, многих клиниках отсутствуют современные аппараты и поэтому при ДГПЖ основным методом лечения остается хирургический.

Разработанный способ дополнительного гемостаза при чреспузырной аденомэктомии имеет ряд преимуществ: позволяет предотвратить и значительно уменьшить риск тромбогеморрагических осложнений в послеоперационном периоде особенно у тех больных, которые обратились очень поздно и имеет большой размер простаты также с наличием камней в мочевом пузыре.

Предложенный метод очень простой никаких дополнительных затрат не требует и может выполняться в любой урологической клинике.

### Литература

1. Аль-Шукри С.Х., Боровец С.Ю., Курнаков А.М. Роль доплерографии и кинетических характеристик простатоспецифического антигена в дифференциальной диагностике хронического простатита и рака предстательной железы. *Нефрология*. 2014;6:71-75.
2. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А., Зайцевская Е.В. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2002-2009 годах по данным официальной статистики. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2011;1:4-10.
3. Глушков Н.И., Опенченко С.В. Перемежающаяся пневматическая компрессия мышц нижних конечностей в комплексной профилактике послеоперационных венозных тромбозов у пациентов пожилого и старческого возраста. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2009;2:47-49.
4. Глыбочко Ю.Г., Аляев Ю.Г., Локишин К.Л., Дымов А.М. Гольмиевая энуклеация предстательной железы в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2011;6(2):221-224.

5. Елина Ю.А. Медико-социальная характеристика больных с заболеваниями предстательной железы и организационные основы профилактики [диссертация]. Н.Новг.; 2012. 24 с.
6. Зубков, Э.А., Ситдыкова М.Э. Профилактика осложнений чрезпузырной аденомэктомии глхим швом мочевого пузыря. Казанский медицинский журнал. 2012;93(1):56-61.
7. Кадыров З.А., Эремишвили Г.М., Ишонаков Х.С. Анализ осложнений разных методов операции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы больших размеров. Вопросы урологии и андрологии. 2013;2(!):10-14.
8. Кривобородов Г.Г. Симптомы нижних мочевыводящих путей у мужчин. Урология. 2014;1:48-54.
9. Кузьменко В.В., Кузьменко А.В., Золотухин О.В. Современные аспекты в диагностике и лечении ДГПЖ: учебно-методическое пособие. Воронеж; 2011. 82 с.
10. Кирпатовский В.И., Мудрая И.С., Мкртчян К.Г., Кабанова И.В., Ефремов Г.Д., Надточий О.Н. и др. Особенности вегетативной регуляции функции и кровоснабжения мочевого пузыря и предстательной железы у старых крыс с возрастной гиперплазией предстательной железы в патогенезе ДГПЖ и СНМП. Экспериментальная и клиническая урология. 2013;4:10-14.
11. Усупбаев А.Ч., Ботолаев Б.А., Колесниченко И.В. Сравнительная оценка эффективности применения антикоагулянтной и антиагрегатной терапии в профилактике тромбозмболических осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2017;3:19-22.
12. Усупбаев А.Ч., Кенеев Р.Н., Жумагалиев А.А. Клинико – гистологическое сопоставление результатов после хирургических методов лечения у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на основе ретроспективного анализа. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2017;3:72-76.

### Для цитирования

Боталаев Б.А., Курбаналиев Р.М., Абдыкалыков М.Б. Профилактика ранних осложнений при открытой аденомэктомии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы с применением модифицированного съёмного шва. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2023;3:46-54. [https://doi.org/10.54890/1694-6405\\_2023\\_3\\_46](https://doi.org/10.54890/1694-6405_2023_3_46)

### Информация об авторах

**Ботолаев Бактыбек Апасович** – зав.отделением эндовидеоурологии НГ МЗ КР Национальный госпиталь при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. г.Бишкек, Кыргызская Республика. E- mail: Baktydek.botalaev@mail.ru

**Курбаналиев Ренат Маратович** – д.м.н., асс.кафедры урологии и андрологии до и пост.дипломного обучения КГМА им.И.К.Ахунбаева. г.Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: Doc\_kurbanaliev@mail.ru

**Абдыкалыков Мурадил Барыктабасович** – к.м.н., и.о.доцента. кафедры урологии и нефрологии с курсом гемодиализа, КГМИП и ПК им.С.Б. Даниярова. г.Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: muradil.1701@gmail.com