

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Якубов Гафур Шарофович

Цель. Оценить частоту и виды нарушения семяизвержения после оперативного лечения больных гиперплазией простаты (ГПЖ).

Материалы и методы. Проведено исследование функции семяизвержения 110 сексуально активных мужчин с ГПЖ до и после оперативного лечения. 58 больным была выполнена эндоскопическая тулиевая лазерная энуклеация гиперплазии простаты (ThuLep), 42 больным – эндоскопическая биполярная электроэнуклеация (TUEB) и 30 – традиционная ТУР простаты. Оценка функции семяизвержения проводилась путем анкетирования по шкале Male Sexual Health Questionnaire. С целью дифференциальной диагностики ретроградного семяизвержения и анэякуляции больным через шесть месяцев после операции проводили анализ посторгазменной мочи на наличие сперматозоидов.

Результаты. До оперативного лечения 54,5% больных отметили уменьшение объема эякулята. При этом больных с отсутствием семяизвержения до оперативного лечения среди исследуемых не было. Через три месяца после оперативного лечения уменьшение объема эякулята/отсутствие семяизвержения отметили 89 (80,9%) из 110 больных, а, через шесть месяцев – 88 (80%) ($p=0,004$), но больных с преждевременной и задержанной эякуляцией не было. Среди этих пациентов лишь у 13 было сохранено антеградное семяизвержение, у 75 больных (68,1%) антеградное семяизвержение отсутствовало. В связи с чем через шесть месяцев после оперативного лечения этим 75 пациентам (68,1%) проводился анализ посторгазменной мочи, что позволило доказать наличие ретроградной эякуляции у 29 больных (26,3%), тогда как у остальных 46 (41,8%) была выявлена анэякуляция. Наряду с этим у 22 больных до оперативного лечения были жалобы на боль при семяизвержении, через три и шесть месяцев после оперативного лечения на боль при эякуляции пожаловались только девять и семь ($p=0,005$) больных соответственно. Заключение. Нарушения семяизвержения чаще всего были выявлены в группе пациентов, которым выполнялась TUEB (81,2%), чуть реже в группе ТУРП (70%), а в группе больных, которым выполнялся ThuLep, этот показатель был минимальный (66,6%).

Таким образом, наряду с тем, что эндоскопические методы лечения ГПЖ приводят к наиболее значимому улучшению параметров мочеиспускания, они имеют наибольший риск развития эякуляторных расстройств по сравнению с другими методами лечения (UroLift, Rezum). В связи с чем больные, которым планируется оперативное вмешательство по поводу ГПЖ, должны быть проинформированы о рисках развития нарушений семяизвержения и о влиянии этих нарушений на качество сексуальной жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Sattorov A. PREDICTION OF PREMATURE OUTFLOW OF AMNIOTIC FLUID IN PRETERM PREGNANCY //Science and innovation. – 2022. – Т. 1. – №. D7. – С. 297-305.
2. Tolqin S. A. K. E. et al. FETAL FIBRONECTIN AS A TRIGGER MECHANISM FOR THE DEVELOPMENT OF PRETERM LABOR //Journal of Modern Educational Achievements. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 117-121.
3. Саттаров А. Х. и др. ФЕТАЛЬНЫЙ ФИБРОНЕКТИН КАК ПУСКОВОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ //Journal of Integrated Education and Research. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 32-35.
4. Саттаров А. Х., Отакулов А. Г. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ //Science and innovation. – 2023. – Т. 3. – №. 5. – С. 144-159.
5. Саттаров А. Х., Отакулов А. Г. ОСОБЕННОСТИ ФЕТАЛЬНЫЙ ФИБРОНЕКТИН КАК ПУСКОВОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ //Boffin Academy. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 294-302.
6. Саттаров А. Х. и др. ФЕТАЛЬНЫЙ ФИБРОНЕКТИН КАК ПУСКОВОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ //Journal of Integrated Education and Research. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 32-35.
7. Pardabaevna I. G. et al. Optimization of the outcome of pregnancy and childbirth in women with the threat of premature childbirth //E-conference globe. – 2021. – С. 52-54.