

10 032

Минский Государственный медицинский институт

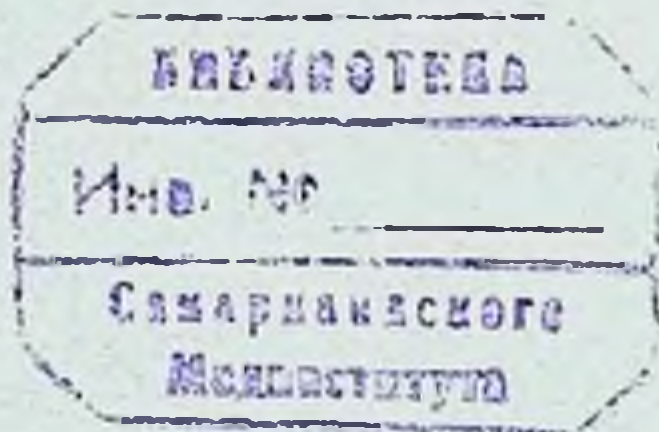
---

С. О. ПЛИСАН

**Диспансеризация больных после  
аденомэктомии в свете ближайших  
и отдаленных результатов лечения**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук



Минск, 1965

С. О. ПЛИСАН

Диспансеризация больных после  
аденомэктомии в свете ближайших  
и отдаленных результатов лечения

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук

Минск, 1965

Диссертация выполнена в урологическом отделении 4-й клинической больницы (главврач Е. М. Сельдмирова).

Научный руководитель — зав. кафедрой факультетской хирургии Минского Государственного медицинского института заслуженный деятель науки БССР, доктор медицинских наук профессор П. Н. Маслов.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор А. И. Михельсон

Доктор биологических наук, профессор М. Ф. Мережинский

Дата отправки автореферата « 23 » апреля 1965 г.

Дата защиты диссертации « июнь » 1965 г.

Диссертация состоит из двух томов. В первом томе изложено содержание диссертации, во втором приведен использованный фактический материал. Первый том содержит введение, пять глав, заключение, выводы, всего 222 страницы машинописи и список использованной литературы, включающий 161 отечественный и 74 иностранных источника. Работа иллюстрирована 5 рисунками и 19 таблицами.

Содержание первого тома:

Введение

I. Обзор литературы.

II. Собственные наблюдения. Клиническая характеристика больных, оперативное лечение.

III. Некоторые биохимические изменения у больных аденомой предстательной железы в динамике заболевания.

IV. Отдаленный период и его осложнения.

V. Диспансерное наблюдение после аденомэктомии.

Заключение

Выводы

Второй том содержит 270 кратких историй болезни, результаты обследования больных в отдаленном периоде и диспансерного наблюдения за ними.

---

Вопросы геронтологии и гериатрии издавна разрабатываются в нашей стране и в последнее время приобрели большое теоретическое и практическое значение. Активная борьба за долголетие — одна из важнейших задач, поставленных Программой КПСС перед советской наукой.

Аденома предстательной железы относится к тем недугам, которые в немалой степени способствуют укорочению жизни лиц пожилого возраста.

Показания к оперативному и консервативному лечению этого заболевания и способы оперативного вмешательства разрабатываются давно. Этому вопросу посвящены многочисленные работы отечественных и зарубежных урологов (А. В. Айвазян, А. М. Гаспарян, П. И. Гельфер, В. В. Гольдберг, Л. И. Дунаевский, А. Т. Лидский, М. И. Лоскутов, А. С. Портной, И. И. Сабельников, А. П. Цулукидзе, П. М. Шорлуян,

Freyer, Fuller, Harris, Hryntschak, Wilson Hey и др.). Хорошо также освещен в литературе вопрос о непосредственных исходах операции и осложнениях, встречающихся после нее.

В то же время отдаленные результаты оперативного лечения больных аденомой предстательной железы изучены недостаточно. В большинстве случаев это данные, полученные путем опроса больных или амбулаторного их осмотра. В результате неполного обследования больных установить процент поздних осложнений и их динамику бывает затруднительно. Поэтому цифры осложнений у разных авторов оказываются очень разноречивыми.

Приводимые авторами результаты отдаленного обследования больных касаются в основном состояния нижних мочевых путей после аденомэктомии (Х. П. Блатной, С. Д. Голигорский и Л. А. Рознерица, Г. П. Доброхотова, L. Brodny and A. Robins, M. Caine, H. Ekman, G. Humphreys, G. Karcher и др.). В то же время аденома предстательной железы — это заболевание, при котором страдает ряд функций организма, а состояние всего организма в целом во многом предопределяет успех или неуспех операции в отдаленном периоде.

Вопросу изучения функции печени и почек при аденоме предстательной железы в предоперационном периоде посвящены исследования Н. В. Дунашова, Л. С. Ерухимова, Н. А. Папавы, А. С. Портного, А. Ф. Ревунова, П. М. Шорлуяна. В то же время лишь единичные из этих работ касаются функционального состояния организма в динамике заболевания и в отдаленном периоде (Л. С. Ерухимов, А. Ф. Ревунов, П. М. Шорлуян). Между тем, эффективность любого метода лечения может учитываться только при длительном и детальном наблюдении за больными, которые подверглись тому или иному виду лечения.

В связи с этим мы поставили задачу путем комплексного обследования изучить как ближайшие, так и отдаленные результаты оперативного лечения больных аденомой предстательной железы, проследить их состояние в динамике заболевания и излечения.

На основе литературных и полученных нами данных мы изучили и систематизировали осложнения отдаленного периода, провели анализ профилактических мероприятий, показали значимость метода диспансеризации для дальнейшего оздоровления больных после аденомэктомии.

Нашему анализу подверглись 270 человек, которым произведена чреспузырная аденомэктомия. У 110 из них, оперированных в более ранние годы, операция произведена в 2 этапа,

160-ти больным, оперированным в последние несколько лет, когда мы принципиально изменили свою тактику и стали оперировать одномоментно, произведена аденоэктомия в один этап.

Самый молодой из оперированных больных был в возрасте 45 лет, самый старый — 90 лет. Значительное число лиц приходится на возраст свыше 70 лет.

По стадиям заболевания наши больные распределялись следующим образом:

I стадия — 26 больных (9,63%)

II стадия — 192 больных (71,11%)

III стадия — 52 больных (19,26%)

Возрастные изменения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы отмечены у всех оперированных больных, а у ряда лиц наблюдались тяжелые поражения миокарда, гипертоническая болезнь, сердечно-легочная недостаточность. У 8 человек в анамнезе был инфаркт миокарда, 6 человек имели сопутствующим заболеванием сахарный диабет.

Почти у половины оперированных функция почек оказалась пониженной, в том числе у 76-ти больных было резкое снижение почечной функции, 38 человек поступило в состоянии уросепсиса. Почти у всех больных, у которых наблюдалась недостаточность со стороны почек, отмечена связь между поражением почек и печени, так называемый гепато-ренальный синдром, а у ряда лиц — латентные гепатопатии (по А. Я. Пытелю).

Операция производилась под местным обезболиванием по А. В. Вишневскому у 119 (44,1%) больных, под эндотрахеальным наркозом у 119 (44,1%), под масочным эфирно-кислородным наркозом у 32 (11,8%) больных. Литературные данные и собственный опыт позволяют считать поверхностный эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами методом выбора при аденоэктомиях, так как при этом виде обезболивания создаются условия для поддержания нормальных жизненных функций организма, а возрастные изменения сердечно-сосудистой системы, дыхательного аппарата, печени и почек не являются противопоказаниями для этого вида наркоза.

К числу непосредственных осложнений после операции у наших больных относятся: первичное кровотечение у 4 человек (1,5%), потребовавшее у 2-х из них повторного раскрытия раны и тампонады ложа, вторичное кровотечение у 8 (2,9%), в одном случае окончившееся летальным исходом. Так как все существующие средства остановки кровотечения не являются надежными, особое значение приобретает переливание крови

с целью восполнения кровопотери как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Тромбофлебиты нижних конечностей наблюдались у 3-х больных (1,1%), у одного больного через 3 часа после операции появились признаки острого нарушения мозгового и коронарного кровообращения, что явилось причиной летального исхода.

К числу осложнений, связанных с инфекцией мочевых путей, относятся острый пиелонефрит у 3-х человек (1,1%), уросепсис у 3-х (1,1%), явления уроинфекции, связанные со смесью дренажа или применением постоянного катетера наблюдались у 3-х (1,1%) больных. Нагноение ложа аденомы наблюдалось у 3-х (1,1%) больных, гнойный уретрит у одного. Острый эпидидимит отмечен у 29 (10,7%) человек и орхоэпидидимит у 2-х (0,74%).

К числу прочих осложнений после операции относятся пневмонии у 19 (7%) больных, плеврит у одного (0,37%), явления сердечной недостаточности у 10 (3,7%), нагноение и расхождение краев раны у 4-х больных (1,5%), длительное незаживление надлобкового свища у 9 (3,3%), образование конкрементов в мочевом пузыре из инкрустированных обрывков тканей у 6 (2,2%) человек, временное недержание мочи в течение 2—3 месяцев — у 3-х (1,1%) больных. У одного больного через 28 дней после операции возник остит лонных костей, который привел к летальному исходу.

Послеоперационная летальность составила 2,6% (7 человек). Причиной смерти явились: вторичное кровотечение (1 больной), нарушение коронарного и мозгового кровообращения (2 человека), нарушение сердечно-сосудистой деятельности и сердечно-легочная недостаточность (2 человека), острый пиелонефрит (1 больной), остит лонных костей (1 больной).

Мы проследили за отдаленными результатами оперативного лечения у 178 человек (65,9%). 123 из них обследованы в стационарных условиях, 55 амбулаторно в сроки свыше 6 месяцев после операции. Кроме того, 37 человек в ответ на запрос прислали письма, заполненные анкеты и результаты анализов мочи.

Среди обследованных стационарно и амбулаторно у 126 человек (70,8%) осложнений со стороны органов мочевой системы не обнаружено и функциональные результаты у них хорошие. Сюда же можно присоединить 28 из 37 больных, ответивших на анкету, у которых, судя по анкетным данным и анализам мочи, нарушений мочеиспускания не отмечается. У этих больных в анализах мочи патологических изменений не наблюдалось или в отдельных случаях была микропиурия.

Ночное и дневное мочеиспускание у них не нарушено. Все они работоспособны, работают на производстве или дома по хозяйству, занимаются общественно-полезной деятельностью.

Наряду с этим у 52-х человек (29,2%) обнаружены различные осложнения отдаленного периода, у некоторых из них по нескольку. К числу основных осложнений отдаленного периода относятся следующие:

1. Стриктуры либо деформации уретры и шейки мочевого пузыря — 19 человек (10,6%), причем лишь у 12 из них (6,7%) наблюдались симптомы, характерные для стриктуры: дизурические явления, пиурия, сужение струи мочи, задержки мочи. У 7 больных (3,9%) расстройства мочеиспускания не наблюдалось и препятствие в задней уретре у них было обнаружено только при инструментальном обследовании. У 12 больных произведено бужирование уретры, у одного — чреспузырная туннелизация по Р. М. Фронштейну. Один больной от бужирования отказался и у 5-ти остальных никаких вмешательств не производилось в связи с тем, что у них не было нарушений мочеиспускания.

2) Камни мочевого пузыря обнаружены у 16 больных (8,9%), (у 5 из них в сочетании со стриктурой уретры). У 5 человек камень удален путем надлобкового сечения, у 10 произведено камнедробление и в одном случае общее тяжелое состояние больного не позволило осуществить оперативное вмешательство. Кроме того, у 4-х больных в анамнезе отмечено самостоятельное отхождение конкрементов с мочой в разные сроки после операции.

3) Хронический цистит — 5 человек (2,8%).

4) Нагноение ложа аденомы — 1 человек (0,56%)

5) Острый и хронический пиелонефрит — 6 человек (3,3%).

6) Рецидив аденомы простаты — 4 человека (2,2%), у одного из больных произведена повторная аденомэктомия.

7) Поздние эпидидимиты — 5 человек (2,8%).

8) Атония мочевого пузыря — 2 человека (1,1%).

9) Недержание мочи при физических усилиях — 3 человека (1,6%), у 2-х из них сохранившееся через 1—1,5 года после операции.

Злокачественное перерождение предстательной железы в отдаленные сроки после операции обнаружено у 2-х человек, послеоперационные грыжи у 7, лигатурные свищи у 4 человек, паранефрит у 3-х.

Наибольшее число осложнений мы обнаруживали при обследовании больных в сроки от 2 — 3 месяцев до 1 — 2 лет



после операции. Самое большое количество осложнений выявляется в течение первого года после операции.

Мы считаем, что высокий процент таких осложнений, как стриктуры уретры и камни мочевого пузыря, по сравнению с литературными данными можно объяснить тем, что при тщательном обследовании больного, включающем обязательную цистоскопию, эти осложнения выявляются значительно чаще. Инструментальное обследование, а в ряде случаев и рентгеновский снимок позволяют обнаружить скрытые осложнения, когда они еще не беспокоят больного и не проявляются характерными клиническими признаками. Поэтому при поверхностном осмотре и опросе больного такие осложнения могут быть выявлены недостаточно полно.

В отдаленном периоде умерло 35 больных, причем лишь 7 из них от заболеваний органов мочевой системы, остальные умерли от других причин, прожив значительное время после операции, сохранив в ряде случаев надолго свою трудоспособность.

Изучению биохимических показателей у больных аденомой предстательной железы посвящены немногочисленные работы отечественных урологов (Л. С. Ерухимов, Н. А. Папава, А. Ф. Ревунов, П. М. Шорлуян). Между тем, проблема эта представляет значительный интерес, в частности, при сравнении полученных данных в динамике: в процессе заболевания, при выздоровлении и при обследовании больного в отдаленном периоде. Это позволяет выяснить функциональное состояние важнейших «барьерных» органов — печени и почек и их восстановительные возможности.

Мы изучали мочевины, хлориды, калий и кальций крови, белковообразовательную, антитоксическую и пигментную функции печени в динамике заболевания. У ряда лиц мы также изучали гормональные сдвиги (путем определения 17-кетостероидов).

В зависимости от тяжести заболевания и клинических признаков мы разделили своих больных на 5 групп.

К I группе отнесены больные с I стадией заболевания, без остаточной мочи и явлений почечной недостаточности.

Больные во II стадии заболевания разделены на II А стадию, у которых количество остаточной мочи не превышало 200 мл, общее состояние оставалось удовлетворительным и не было выраженных признаков почечной недостаточности, и II Б стадию, когда количество остаточной мочи превышало 200 мл. Сюда же отнесены больные, поступившие с продолжающейся на протяжении нескольких дней задержкой мочи или очень

часто повторяющимися задержками мочи при II стадии заболевания. Отдельно вынесены группы больных в III стадии заболевания и поступивших в состоянии уросепсиса. Данные исследований, полученные у каждой группы больных, мы сравнивали между собой в динамике заболевания или с результатами исследования, полученными у контрольной группы здоровых людей.

Обработка полученных цифровых данных производилась методом вариационной статистики, позволяющим объективно оценить результаты исследований и достоверность сделанных выводов. Вероятность различия считалась достоверной при  $P < 0,05$ .

В процессе статистической обработки использованы формулы, опубликованные у П. Ф. Рокицкого и И. А. Ойвина.

Получены следующие результаты. При исследовании мочевины крови за основу для сравнения приняты средние данные мочевины в крови у больных в I стадии заболевания при поступлении. При этом мы исходили из того, что у больных в I стадии заболевания функциональная способность почек еще сохранена. При сравнении с этой величиной у больных во II А, и II Б, III стадиях и с уросепсисом отмечается значительное повышение мочевины крови при поступлении, зависящее от стадии заболевания и тяжести состояния. В первые послеоперационные дни во всех стадиях заболевания количество мочевины в крови повышается, постепенно снижаясь к исходному уровню. К моменту клинического выздоровления в среднем происходит нормализация уровня мочевины, а в отдаленном периоде снова наблюдается некоторое повышение среднего уровня мочевины по отношению к условно принятой норме. Это повышение можно объяснить имеющимися у ряда больных осложнениями отдаленного периода или нарушением почечной функции.

При определении хлоридов крови в динамике у больных в I—II стадиях обнаружена гипохлоремия как при поступлении, так к моменту выздоровления и в отдаленном периоде, более выраженная у больных в I стадии заболевания. У больных с III стадией и уросепсисом гипохлоремия не отмечалась.

При обследовании больных в динамике заболевания во всех стадиях болезни отмечено некоторое повышение содержания калия в сыворотке крови, иногда очень значительное. Это повышение объясняется нарушением или задержкой мочеотделения, нарушением почечной функции, уроинфекцией, распадом тканей, продолжающимся на протяжении, послеоперационного периода.

При определении кальция в сыворотке крови обнаружено в целом нерезко выраженное повышение его на фоне встречающейся у отдельных больных гипо- или гиперкальциемии, что, по-видимому, связано в ряде случаев с нарушением почечной функции или с особенностями гормонального баланса в организме.

Исследование общего белка и белковых фракций (методом электрофореза на бумаге) показало, что со стороны общего белка существенных колебаний по сравнению с нормой не отмечалось. В то же время со стороны белковых фракций отмечены значительные изменения, характеризующиеся уменьшением количества альбуминов во всех стадиях в динамике заболевания и компенсаторным увеличением всех глобулиновых фракций, особенно  $\alpha_1$ -,  $\alpha_2$ - и  $\gamma$ -глобулинов. Эти изменения перед операцией можно связать с наличием мочевой инфекции, интоксикации, уросепсиса и нарушением функции печени; после операции — с кровотечениями, лихорадкой, интоксикацией и усугублением печеночной недостаточности. В отдаленном периоде они связаны с осложнениями со стороны органов мочевой системы и с дегенеративными процессами органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и печени.

При исследовании антитоксической и пигментной функции печени установлено, что при поступлении у больных со II—III стадией заболевания и с уросепсисом отмечается нарушение этих функций, выраженное в большей степени там, где имеется одновременно почечная недостаточность (печеночно-почечный синдром). К моменту клинического выздоровления происходит в целом восстановление этих функций, особенно заметное у тех больных, где имелись значительные изменения до операции. В отдаленном периоде заметных нарушений антитоксической и пигментной функций не наблюдается, хотя у больных во II Б стадии проба Квика в среднем ниже, чем у больных в I и II А стадиях, что объясняется дегенеративными процессами в печеночной паренхиме у этой категории больных.

Для определения функции коры надпочечников мы проверили у больных содержание в суточной моче 17-кетостероидов. Оказалось, что количество их колеблется в пределах 1—20 мг, а у основной массы больных не превышает уровня 1—10 мг, что свидетельствует о процессе инволюции коркового вещества надпочечников в пожилом и старческом возрасте. Повышение у некоторых больных количества кетостероидов в моче по сравнению с уровнем, принятым за норму в пожилом возрасте, говорит о неравномерном угасании функций половых желез у них в период климакса и временном повышении

внутрисекреторной функции клеток Лейдига на определенном этапе. Так как после удаления аденомы нарушения гормонального баланса в организме сохраняются, то эта же закономерность имеет место и к моменту клинического выздоровления и при обследовании больных в отдаленном периоде.

Анализируя результаты лечения, сроки и причины возникновения осложнений с учетом комплексного биохимического обследования больных, мы пришли к выводу, что после операции аденомэктомии больные должны быть взяты под строгое диспансерное наблюдение уролога не только с целью своевременного выявления осложнений и их ликвидации, но и для профилактики этих осложнений.

Наша методика диспансеризации заключается в следующем: мы берем на учет всех больных, выписываемых из стационара после операции, и даем им четкие указания о необходимости посетить урологический кабинет поликлиники не позднее 10—15 дней после ухода из больницы. Если в указанный срок больной не является, вызываем его или делаем активный визит. В поликлинике больной берется на учет, и здесь ему проводятся все необходимые лечебные мероприятия: промывание мочевого пузыря, бужирование уретры, контрольная цистоскопия, терапия по поводу инфекции мочевых путей. В первые 2—3 месяца больной посещает урологический кабинет 5—6 раз, затем, по мере уменьшения дизурических явлений, нормализации анализов мочи количество посещений снижается до 1 раза в 1—2 месяца. При такой методике всегда можно своевременно выявить образование стриктуры уретры, камня в мочевом пузыре или другое осложнение и направить больного в стационар в случае необходимости.

Спустя 6—12 месяцев после операции проводится комплексное урологическое обследование больного в стационаре.

Мы считаем, что послеоперационные больные должны находиться под диспансерным наблюдением не меньше 1—2 лет, так как нередко нам приходилось обнаруживать осложнения, возникшие в поздние сроки после операции: спустя год, два и более. Отсутствие жалоб и субъективных ощущений со стороны больного еще не означает его полное выздоровление, в чем мы неоднократно убедились. Поэтому врачу поликлиники приходится часто проявить много терпения и настойчивости для убеждения больных в необходимости наблюдения за ними.

Наша методика диспансеризации включает в себя общеоздоровительные мероприятия. В общеоздоровительный комп-

лекс входят: прогулки, гимнастика, витаминотерапия, привлечение людей к посильному труду.

Под наблюдением урологического кабинета 15-й поликлиники с 1962 года находилось 113 больных (часть из них оперирована в других учреждениях). Ряд больных к настоящему времени сняты с учета, 63 человека находятся под диспансерным наблюдением.

Проводимая нами методика диспансеризации дала свои положительные результаты. За это время мы выявили 30 человек с различными послеоперационными осложнениями. Все они госпитализированы, лечились в нашем стационаре и к настоящему времени здоровы. В последние 2 года количество осложнений, требующих серьезного вмешательства и длительного лечения, заметно снизилось.

Благодаря операции и дальнейшему проведению общеоздоровительных мероприятий, многим больным возвращена работоспособность и они стали чувствовать себя нужными и полезными членами общества.

## В Ы В О Д Ы

1. Аденома предстательной железы является общим заболеванием всего организма. Биохимические исследования показали, что у больных имеется повышение мочевины, снижение хлоридов, нарушение калиевого обмена, диспротеинемия, снижение антитоксической и пигментной функции печени, нарушение гормонального баланса.

2. Имеющиеся у больных сдвиги в азотистом и электролитном балансе, нарушения белкового обмена, антитоксической и пигментной функции печени, выраженные больше при II—III стадиях заболевания, свидетельствуют о нарушении не только функции почек, но и о глубоком нарушении протеиногенной, антитоксической и пигментной функции печени (так называемый гепато-ренальный синдром).

3. Операция аденомэктомия избавляет больного от тяжелого страдания и является радикальным методом лечения. Операция, произведенная в ранней стадии заболевания, когда не наступили глубокие нарушения в организме, менее опасна, чем при более поздних стадиях. Поэтому нужно расширять показания именно к операциям в ранних стадиях заболевания.

4. Расширяя показания к операции в ранних стадиях заболевания, нужно чаще прибегать к одномоментной операции, проводя в нужных случаях соответствующую предоперационную подготовку, включающую применение постоянного кате-

тера, антибактериальное лечение, переливание крови, физиологического, гипертонического и белковых растворов.

5. Лучшим методом обезболивания при аденоэктомиях является поверхностный эндотрахеальный наркоз с применением мышечных релаксантов, способствующий нормализации газообмена и стабилизации гемодинамики.

6. Самым серьезным осложнением во время операции являются кровотечения, которые у ослабленных людей пожилого и старческого возраста, страдающих нарушениями сосудистого тонуса, являются особенно опасными. Не менее опасны и вторичные кровотечения, возникающие на фоне еще не восполненной кровопотери и поэтому вызывающие резкие сдвиги в гемодинамике. Полное возмещение кровопотери путем переливания крови является лучшей мерой борьбы с этим тяжелым осложнением.

7. Изучение биохимических показателей у больных к моменту клинического выздоровления показывает, что в ряде случаев не только не наступает их нормализация, но отдельные нарушения даже усугубляются. Это свидетельствует о том, что имеющиеся у больных глубокие нарушения печеночно-почечной функции не восстанавливаются к моменту практического выздоровления.

8. При обследовании больных в отдаленном периоде в сроки от 6 месяцев до 10 лет в некоторых случаях у них обнаружены нарушения электролитного и белкового баланса и снижение функциональных проб печени. Эти изменения находятся в прямой связи с состоянием больного и имеющимися у него послеоперационными осложнениями.

9. Наиболее частыми осложнениями отдаленного периода после аденоэктомии являются стриктуры и деформации уретры и шейки мочевого пузыря, камни мочевого пузыря, длительная инфекция мочевых путей (пиелонефриты, хронические циститы, эпидидимиты, нагноения ложа аденомы). Эти осложнения чаще всего возникают в течение первого года после операции.

10. Высокий процент осложнений послеоперационного периода, выявленных при тщательном обследовании больных, приводит к мысли о том, что больные в течение 1—2 лет после операции должны быть взяты под строгое диспансерное наблюдение уролога не только с целью выявления осложнений и их ликвидации, но и для профилактики этих осложнений.

11. Среди больных, находящихся под диспансерным наблюдением, количество осложнений, требующих серьезного

вмешательства и длительного лечения, заметно снизилось. Оздоровление больных проводится своевременно.

12. Аденомэктомия является только первым этапом в лечении больных аденомой предстательной железы, диспансеризация больных после операции и дальнейшее их оздоровление — продолжением. Отсутствие диспансерного наблюдения за этими больными снижает эффект произведенной операции.

## СПИСОК

### опубликованных научных работ, в которых отражено содержание диссертации

1. Эндотрахеальный наркоз при аденомэктомиях. *Здравоохранение Белоруссии*, 1963, № 12, стр. 14—17.
2. Белковые фракции сыворотки крови при аденоме предстательной железы в динамике заболевания. *Здравоохранение Белоруссии*, 1964, № 4, стр. 39—43.
3. Диспансеризация больных после аденомэктомии. Тезисы докладов I Республиканской конференции урологов Белорусской ССР. Минск, 1964.
4. О некоторых биохимических изменениях у больных аденомой предстательной железы. *Здравоохранение Белоруссии*, 1964, № 8, стр. 41—44.
5. Диспансеризация больных после аденомэктомии. *Здравоохранение Белоруссии*, 1965, № 1, стр. 19—21.

(Доложено и обсуждено на I Республиканской конференции урологов Белорусской ССР 17—20 июня 1964 г., протокол конференции — *журн. Урология*, 1964, № 6, стр. 61—65).





