

Профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений ложа ДГПЖ вальнеросорбцией после трансуретральной резекции

Арбулиев М.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии ГОУ ВПО Дагестанской государственной медицинской академии Росздрава, г. Махачкала
 Газимагомедов Г.П., врач-уролог высшей категории, г. Махачкала
 Хамидов М.А., д.м.н. кафедра урологии ГОУ ВПО Дагестанской государственной медицинской академии Росздрава, г. Махачкала

Prevention and treatment of pyoinflammatory complications of the bed of adenoma by suching out the wound after transuretra resection

Arbuliev M.G., Gasimagomedov G.P., Hamidov M.A.

Резюме

В статье проанализированы результаты использования метода вальнеросорбции препаратом Гелевин для лечения и профилактики гнойно-воспалительных осложнений ложа ДГПЖ после трансуретральной резекции. Исследования основаны на результатах хирургического лечения 50 больных с ДГПЖ. В ходе исследования установлено, что использование Гелевина позволяет существенно снизить риск возникновения осложнений как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленном.

Ключевые слова: ДГПЖ, вальнеросорбция, трансуретральная резекция

Summary

Benignant hyperplasia of prostatic gland is the most extensive disease among adults and old men. Epidemiologic investigation shows that this disease is observed of 50% men at the age of 60 and 90-100% at the age of 80. At present the main methods of treatment of BHPG are surgical: trans-, extracystic adenomaectomy of prostatic gland. But nevertheless all the associated with great number of complications and with high fatal outcome. The reason of arising of pyoinflammatory complications after TURP-adenoma is associated inflammatory diseases; prostatitis, vesiculitis, adenomitis which can cause inflammatory complications in postoperative period. For effective treatment of inflammation of the bed adenoma after TURP-prostatic gland, we apply the method which enabled to introduce medicinal remedies to the focus of inflammation in the bed of adenoma for dialysis. For this purpose we carried out intraoperative intubation semioflowing passages with child subclavian catheter. And then introduce the galenical to the bed of adenoma.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, transurethral resection

Введение

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)-наиболее распространенное заболевание у мужчин пожилого и старческого возраста. Эпидемиологическое исследование показывает, что это заболевание наблюдается у 50% мужчин в возрасте 60 лет и 90-100%-в возрасте 80 лет. Проблема лечения ДГПЖ является темой дискуссии многочисленных конференций и съездов урологов, ей посвящено множество исследований, но до сих пор многие аспекты данного вопроса остаются нерешенными.

В настоящее время основными методами лечения ДГПЖ остаются оперативные: чрез-, внепузырная аденомэктомия и ТУР-предстательной железы. Однако все они сопряжены большим количеством осложнений и высокой летальностью.

Анализ основных причин послеоперационных осложнений указывает на то, что ведущее место среди них занимает инфекционно-воспалительный процесс в мочеполовых органах. По данным многих авторов, гнойно-воспалительные осложнения после ТУР-предстательной железы наблюдается у 16-20% больных. Причиной возникновения гнойно-воспалительных осложнений после ТУР-аденомы являются часто сопутствующие воспалительные заболевания: простатит, аденомит, везикулит, которые в послеоперационном периоде могут вызвать воспалительные осложнения вплоть до развития уросепсиса и бактериотоксического шока(1,2). Поэтому, для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в после-

Ответственный за ведение переписки -

Г.П.Газимагомедов,

Республика Дагестан, г. Махачкала,

тел. 8-988-299-51- 55

e-mail: gazi61@mail.ru

операционном периоде целесообразно провести курс антибактериальной терапии и местное лечение раны предстательной железы. Проблема лечения послеоперационной раневой инфекции в ложе аденомы после простатэктомии и ТУР-предстательной железы в последнее время приобретает особо важное значение. Как уже говорилось выше, это обусловлено рядом факторов, среди которых один из самых главных - распространение антибиотикоустойчивой микрофлоры по нижним мочевым путям(3).

Повышение дозы антибиотиков и других лекарственных препаратов для достижения необходимой концентрации в патологическом очаге, приводит к усилению их токсического воздействия, поражая в первую очередь функционально более активные органы (печень, почки). С учетом выше изложенного становится очевидным необходимость разработки новых эффективных методов профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений после ТУР-предстательной железы. Побуждает к поиску более рациональных методов антибактериальной терапии и путей их доставки к патологическому очагу. Существующие в настоящее время методы лечения воспалительного процесса в ложе аденомы, перфузией мочевого пузыря антисептическим раствором с внутримышечным и внутривенным введением антибиотиков вместе с химиопрепаратами малоэффективны, о чем говорит высокий процент (5-20%) гнойно-воспалительных осложнений после ТУР-предстательной железы (3,5) с возникновением стриктур простатической уретры и шейки мочевого пузыря, в связи с чем поиск новых методов лечения продолжается.

Для эффективного лечения воспаления ложа аденомы после ТУР-предстательной железы, мы применяем метод, который позволяет нам ввести лекарственные препараты непосредственно в очаг воспаления в ложе аденомы простаты с целью раневого диализа. Для этого, мы интраоперационно производили интубацию семявыносящего протока детским подключичным катетером, с последующим введением лекарственных препаратов в ложе аденомы (изобретение № 3874071/14). В отечественной и зарубежной литературе мы не нашли данных по применению метода непосредственного введения в ложе аденомы адсорбента Гелевина в сочетании с антибиотиками.

Гелевин - это порошок поливинилового спирта, обладает мощным дренирующим, противовоспалительным и гемостатическим действием. При местном применении обладает высокой поглощающей способностью к микроорганизмам и биологическим жидкостям, а также ускоряет очищение раны и ее заживление(4,6) Для введения в ложе аденомы мы использовали высоко концентрированный раствор Гелевина 2,5г на 5мл 0,9% физиологического раствора.

Материалы и методы

Исследования основаны на результатах хирургического лечения 50 больных с ДГПЖ, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Урологическом Центре (Республика Дагестан), МБ№1 г. Махачкалы и МСЧ МВД по РД за период 2006 - 2009гг.

Всем больным была произведена ТУР-предстательной железы. И в зависимости от способа про-

ведения послеоперационного лечения, больные были разделены на две группы - основную и контрольную. Возраст больных включенных в группы исследования составил от 50-до 82 лет, в среднем 66+-7лет.

В основную группу вошли 30 пациентов. Им вместе с традиционным лечением, в послеоперационном периоде в ложе аденомы через семявыносящий проток вводились: концентрированный раствор Гелевина 2,5г на 0,9% физиологическом растворе 4 раза в день, и антибиотики цефалоспоринового ряда по 1г х 4 раза в день.

В контрольную группу вошли 20 больных, которые в послеоперационном периоде получали традиционное лечение. Контрольная группа пациентов была сопоставима с основной группой-возрастными параметрами, сопутствующей патологией, длительностью и стадиям заболевания. Продолжительность заболевания с момента проявления инфравезикальной обструкции варьировала от несколько месяцев до 15 лет.

Всем больным в предоперационном периоде проводилось стандартное обследование: общеклинические и биохимические анализы; ректальный осмотр предстательной железы; экскреторная урография с микционной цистографией; УЗИ-предстательной железы с определением объема аденомы и количества остаточной мочи; анализ крови на простат-специфический антиген (ПСА); урофлоуметрия и др.

До операции были выявлены следующие сопутствующие заболевания не связанные с урологической патологией: кардиосклероз-31(63,6%); гипертоническая болезнь-21(42,4%); пневмосклероз-24(49,3%); хроническая коронарная недостаточность-14(29,7%); хронический бронхит-4(9,3%); заболевание нижних конечностей-4(9,3%); сахарный диабет-3(7,8%). Всем этим больным в предоперационном периоде проводилась коррегирующая терапия.

Результаты и обсуждение

Динамику воспалительного процесса оценивали в 1,3и7 сутки послеоперационного периода по следующим критериям: уровень средних молекул (СМП) и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Аденома простаты сопровождается выраженными нарушениями микроциркуляции, с прогрессирующим ухудшением реологических свойств крови, нарастанием синдрома эндогенной интоксикации. Изучение уровня средних молекул в крови позволяет адекватно оценивать степень тяжести и контролировать течение инфекционно-воспалительного процесса, оценивать эффективность проводимой терапии. Изучая тяжесть интоксикации у больных с аденомой простаты до и после проведения ТУР, мы обнаружили наиболее выраженные изменения у больных контрольной группы, у пациентов которым проводилась вульнеросорбция, степень интоксикации значительно ниже (табл.1).

Как видно из таблицы, у больных с аденомой простаты в процессе послеоперационного введения включения гелевина для раневого диализа, отмечено снижение уровня СМП к 3-7 суткам соответственно на 32,5% и 47,9%, что значительно опережает показатели СМП у больных контрольной группы (30,2 и 34,9%).

Аналогично меняется и ЛИИ. К 7 дню послеоперационного периода он составил 3,4+6,43у.е.(p<0,05), что значительно ниже чем в другой группе.

Таблица 1. Сравнительный анализ (м+т), СМП и ЛИИ у больных с аденомой простаты до и после ТУР (анализ проведен по Стьуденту)

Лабораторные показатели уровень СМП в сыворотке крови (у.е)	Основная группа			Контрольная группа		
	1-день	3-день	7-день	1-день	2-день	7-день
	0,41±0,12	0,28±0,04	0,22±0,06	0,42±0,06	0,041±0,1	0,3±0,06
	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05
Лейкоцитарный индекс Нитоксикации (у.е)	5,7±0,02	5,2±0,44	3,4±6,43	5,8±0,7	5,8±0,7	3,4±0,063
	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05

Таблица 2. Средние показатели суммарного балла простатических симптомов, индекса качества жизни до и после операции

ПОК-ЛИИ	ОСНОВНАЯ ГРУППА			КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА		
	до опер	накануне выписки	чер 3 мес	до опер	накануне выписки	чер 3 мес
I-PSS балл	26,3	7,9	6,4	25,9	13,1	10
QOL балл	4,2	1,6	1,0	4,1	2,8	2,6

Таблица 3. Средние урофлоуметрические показатели в исследуемых группах

ПОКАЗАТЕЛИ	ОСНОВНАЯ ГРУППА			КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА		
	до опер	накануне выписки	чер 3 мес	до опер	накануне выписки	чер 3 мес
Qm мл/с	7,2	23,5	24,6	7,3	17,2	18,7
Qo мл/с	3,8	16,2	17,7	3,4	8,7	12,6
I-мочевыл.	34,2	19,8	19,2	33,7	28	25,4

При объеме выделенной мочи не более 200 мл

Таким образом, предложенный нами сравнительный анализ выявил благоприятное влияние гелевина как на течение раневого процесса, так и на снижение интоксикации. Лечебный эффект вальнеросорбции обусловлен как извлечением и оседанием токсинов и гноя на сорбенте, так и активным введением их и раневого содержимого через сорбент-гелевин из раны.

Для объективизации жалоб и общего состояния больных, нами использована Международная система суммарной оценки простатических симптомов (IPSS). Анкета заполнялась больными самостоятельно. По ре-

зультатам анкетирования больные разделены на следующие группы:

- 0-7 баллов с легкой симптоматикой-3(6,2%);
- 8-19 баллов с умеренной симптоматикой-43(86,5%);
- 20-23 баллов с тяжелой симптоматикой-4(8,3%);

Для определения индекса оценки качества жизни (QOL=0-6 баллов) задавался только один вопрос. Ответ на него мог варьировать от «прекрасно» до «очень плохо».

Как видно из таблицы №2, средние показатели суммарного балла простатических симптомов (IPSS) и ин-

декса качества жизни (QOL) в основной группе значительно лучше по сравнению с контрольной группой.

Урофлоуметрические данные в исследуемых группах до операции, после операции и через три месяца после выписки из стационара представлены в таблице №3.

В таблице №3 отражены средние урофлоуметрические показатели в исследуемых группах. Как видно из этой таблицы, средние урофлоуметрические показатели в основной группе значительно превосходят таковых в контрольной группе.

Сравнение результатов исследования клеточного состава раневого отделяемого из ложа после ТУР-предстательной железы у больных основной и контрольной групп.

При сравнении микроскопической картины отделяемого из ложа после ТУР-предстательной железы на 3-е сутки после операции было установлено, что у больных основной группы имеются больше неразрушенных, целых лейкоцитов, много нитей фибрина и макрофагов. Титр микробных тел равен 105.

У больных контрольной группы в те же сутки после операции в аналогичном анализе лейкоциты представлены группой полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЯЛ), с умеренным количеством нитей фибрина. Титр микробных тел-106, т.е. обсеменение микробами значительно выше в раневом отделяемом из ложа у больных контрольной группы, а регенеративные показатели снижены.

На 5-е сутки после операции анализ больных основной группы показал резкое увеличение количество гистециотов, эпителиоцитов и клеток плоского эпителия, т.е. картина приближается к характерной для фазы регенерации. Титр микробных тел -104.

В то же время у больных контрольной группы этот процесс в те же сроки значительно отстает. Микроскопическая картина характеризуется отсутствием гистиоцитов, эпителиоцитов. Кроме того сохраняется ПМЯЛ. Титр микробных тел >105

Цитологический анализ раневого отделяемого из ложа аденомы на 7-е сутки после операции также свидетельствовал об активной регенерации тканей раны у больных основной группы. В ней, в основном, преоб-

ладали фибробласты, гистиоциты, и эпителиоциты. При определении обсемененности по экспрессметоду ТТХ наличия инфекции не выявлено.

А в контрольной группе, в те же сроки, в анализе было выявлено наличие гнойно-воспалительного процесса в ложе аденомы с титром микробных тел 10x5ст и с незначительным количеством регенеративных элементов. По данным этого исследования можно говорить об отставании регенеративных процессов в ложе аденомы и продолжающемся воспалительном процессе в ней у больных контрольной группы по сравнению с больными основной группы.

Сравнительные результаты исследования клеточного состава раневого отделяемого из ложа аденомы показывают, что заживление раны в основной группе происходит значительно быстрее, чем в контрольной группе, а также значительно реже отмечается расстройство мочеиспускания, обусловленное рубцовыми изменениями в простатическом отделе уретры. По данным авторов (Сергиенко Н.Ф., и соавторы 2007 г, Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., 1997 г) стриктура заднего отдела уретры в отдаленном послеоперационном периоде наблюдалась у 5-10% больных. По нашему наблюдению, по данным рентгенологического исследования, в отдаленном послеоперационном периоде стриктура заднего отдела уретры развивалась в основной группе у 2(6,6%) и в контрольной группе у 2(9,9%) больных.

Выводы

1. Введение Гелевина на 0,9% физиологическом растворе в сочетании с антибиотиками непосредственно в ложе аденомы после ТУР-предстательной железы, является эффективным методом профилактики и лечения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

2. Под влиянием Гелевина происходит быстрое очищение раны от патогенной микрофлоры и ускоренно протекают репаративные и регенераторные процессы в ране.

3. У больных получивших Гелевин, в отдаленном периоде значительно реже отмечались расстройство мочеиспускания в виде поллакиурии, императивных позывов, задержка и недержание мочи обусловленных рубцовой деформацией простатического отдела уретры. ■

Литература:

1. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии-Т.3-М., 1998, с 368-563.
2. Переверзев А.С., Сергиенко Н.Ф. Аденома предстательной железы - Киев, 1998 - с.216
3. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Гушин Б.А. Инфекционно-воспалительные осложнения после эндо-урологических операций. В кн. Всерос. научн.О-во урологов. Пленум : материалы. Киев-2000-с.253-263
4. Коцадзе М.А., Исаков Т.Н., Мирошниченко А.Г. Применение полифепана при лечении гнойных ран. Вестник хирургии, 1989-с.42-45
5. Сергиенко Н.Ф., Бегаев А.И., Васильченко М.И., Братчиков О.И. Ошибки и осложнения трансуретральной резекции предстательной железы при аденоме. Монография. Издательство Патриот, 2007
6. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология М. Медицина 1990-с.23-25