

Профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений ложа аденомы вальмерсорбцией после трансуретральной резекции

Арбулиев М. Г., профессор, заведующий кафедрой урологии ДГМА, г. Махачкала
Хамидов М. А., доктор медицинских наук, клиника урологии ДГМА, г. Махачкала
Газимагомедов Г. П., врач-уролог высшей категории, 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

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы - наиболее распространенное заболевание у мужчин пожилого и старшего возраста. Эпидемиологические исследования показывают, что это заболевание наблюдается в 50% мужчин в возрасте от 60 лет, до 90-100% в возрасте 80 лет. В настоящее время основными методами лечения ДГПЖ остаются оперативные: чрез-, внелуэриная аденомэктомия и ТУР-предстательной железы. Однако все они сопряжены большим количеством осложнений и высокой летальностью. Анализ основных причин послеоперационных осложнений показывает, что ведущее место среди них занимает инфекционно-воспалительный процесс в мочеполовых органах простатит, везикулит, аденомит, которые могут вызвать воспалительные осложнения в послеоперационном периоде. Для эффективного лечения воспаления ложа аденомы после простатэктомии и ТУР предстательной железы, мы применяем метод, который позволяет нам ввести лекарственные препараты непосредственно в очаг воспаления в ложе аденомы для раневого диализа. Исследования основаны на результатах хирургического лечения 50 больных с ДГПЖ, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Урологическом Центре Республики Дагестан, МБ№1 г. Махачкалы и МСЧ МВД по РД за период 2006 по 2009гг. **Ключевые слова:** аденома

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.

Key words: adenoma.

Введение

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)-наиболее распространенное заболевание у мужчин пожилого и старшего возраста. Эпидемиологическое исследование показывает, что это заболевание наблюдается у 50% мужчин в возрасте до 60 лет и 90-100%-в возрасте 80 лет. Проблема лечения ДГПЖ является темой дискуссии многочисленных конферен-

циях и съездах 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-, внелуэриная аденомэктомия и ТУР-предстательной железы. Однако все они сопряжены большим количеством осложнений и высокой летальностью.

Анализ основных причин послеоперационных осложнений показывает о том, 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

Ответственный за ведение переписки -
Арбулиев М.Г.

367000, Республика Дагестан,

г. Махачкала, пл. им. В.И. Ленина, 1, ДГМА.

Тел. 67-07-94. E-mail: dgma-dissovet@mail.ru

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 бактериемического шока (1,2). Поэтому, для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном 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 внутримышечного и внутривенного введения 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 для раневого диализа. С этой целью, мы интраоперационно производили интубацию семявыносящего протока детским подключичным катетером, с последующим введением лекарственных препаратов в ложе аденомы (изобретение под № 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 высококонцентрированный 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. Махачкала и МСЧ МВД по РД за период 2006 по 2009гг.

Всем больным была произведена ТУР-предстательной железы. И в зависимости от способа проведения 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+-7 лет.

В основную группу вошли 30 пациентов. Им вместе с традиционным лечением, в послеоперационном периоде в ложе аденомы через семявыносящий проток вводился: концентрированный раствор Гелевина 2,5г на 0,9% физиологическом растворе 4 раза в день, и антибиотики цефалоспоринового ряда по 1г x 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 стадиями заболевания. Продолжительность заболевания с момента проявления инфравезикальной обструкции варьировала от нескольких 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 корректирующая 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

Таблица 1. Сравнительный анализ (м+т), СМН ЛНИ у больных с аденомой простаты до и после ТУР анализ проведен по Стьюденту)

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	PP<0,05	P<0,05	P<0,05	P P<0,05
Лейкоцитарный индекс Нитроксикацин (у.е)	5,7+0,02	5,2+0,44	3,4+6,43	5,8-0,7	5,8-0,7	44,4 +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-ЛНИ	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-мочевыд.	34,2	19,8	19,2	33,7	28	25,4

При объеме выделенной мочи не более 200 мл.

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, пациентов которым проводилась вальнеросорбция, степень интоксикации значительно ниже (таб.1).

Как видно из таблицы, у больных с аденомой простаты в процессе послеоперационного введения включением 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 ЛНИ. К 7 дню послеоперационного периода он составил 3,4+6,43у.с.(p<0,05), что значительно ниже чем в другой группе.

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 результатам 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 №1, средние показатели суммарного балла простатических симптомов (IPSS) и индекса 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).

На таблице №2 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 полиморфноядерные лейкоциты (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 гистеоцитов, 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 гистеоцитов, 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, основном, преобладали

дали фибробласты, гистеоциты, 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 10^{х5}ст 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 показывает, 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., Мааров 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 развилась 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 расстройства мочеиспускания в виде поллакиирии, императивных позывов, задержка и недержание мочи обусловленных рубцовой деформацией простатического отдела уретры. ■

Литература:

1. Лопаткин А.С. Руководитель по урологии. Том 3-м: Медицина 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:Всероснаучн.Ово 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