

Применение Турусол для профилактики осложнений при оперативном лечении гиперплазии предстательной железы

М.И. Ухаль

Одесский национальный медицинский университет

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого возраста и, по данным литературы, диагностируется более чем у 40% мужчин в возрасте 50 лет. В дальнейшем частота ее прогрессирует с возрастом, достигая 90% и более у мужчин старше 80 лет [1, 9]. При этом в настоящее время более 40% мужчин в возрасте старше 50 лет подвергаются оперативному лечению по поводу ДГПЖ [1]. Высокая инвазивность традиционных методов оперативного лечения ДГПЖ и большая частота тяжелых осложнений, связанных с открытыми операциями на предстательной железе, обусловили необходимость применения более щадящих методов оперативного лечения [2, 4]. Наиболее эффективной и относительно безопасной альтернативой открытым операциям на предстательной железе является трансуретральная электрорезекция предстательной железы (ТУРПЖ) – «золотой стандарт» в хирургическом лечении ДГПЖ. При этом как традиционные операции, так и ТУРПЖ, сопряжены с рядом осложнений. Наиболее серьезными осложнениями в процессе ТУРПЖ являются ТУР-синдром и кровотечение [3]. В послеоперационный период наиболее частыми осложнениями являются инфекционно-воспалительные процессы, тромбозы и фибринолитические кровотечения [2]. На ранних сроках после операции развитие инфекционных осложнений наблюдается у 15–20% оперированных больных [4]. Ранее нами было установлено, что в патогенезе ТУР-синдрома важную роль играет активация во время электрорезекции лейкоцитарных протеаз, лизосомальных ферментов и катионных белков, а также разрушение под действием электрического разряда эритроцитов и тканевых структур предстательной железы с массивным выходом в орошаемую жидкость электролитов и поступление всех этих ингредиентов с большим количеством жидкости в кровяное русло [6]. Развитие инфекционно-воспалительных осложнений после открытых операций и ТУРПЖ большинство авторов связывают с исходно присутствующим воспалительным процессом в предстательной железе, а также операционным стрессом, кровопотерей, разрывом ацидоза, гипоксии и активации перекисного окисления липидов с накоплением в шейке мочевого пузыря и предстательной железе таких факторов повреждения, как малоновый альдегид и фермент эластаза [7, 8]. Повышение эффективности оперативных методов лечения гиперплазии предстательной железы путем предотвращения интраоперационных осложнений при трансуретральной резекции гиперплазированных тканей предстательной железы и в послеоперационный период является одной из актуальных проблем урологии [1, 8].

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов малоинвазивного хирургического лечения больных с ДГПЖ путем использования во время ТУРПЖ и в послеоперационный период раствора Турусол®.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследованиях участвовали у 60 больных с гиперплазией предстательной железы в возрасте от 58 до 78 лет. Всем больным проведена электрорезекция гиперплазированных тканей предстательной железы (ТУРПЖ). Данных больных разделили на две группы. В первую группу (32 человека) вошли больные, которым во время ТУРПЖ и в ранний послеоперационный период применяли раствор Турусол®. В группе сравнения (28 больных) Турусол во время ТУРПЖ и в ранний послеоперационный период не применяли. У этих больных во время операции использовали 5% раствор глюкозы и дистиллированную воду, а в послеоперационный период 0,9% раствор поваренной соли.

При выборе препарата Турусол® ООО «Юрия-Фарм» исходили из ранее известных данных о патогенезе ТУР-синдрома во время ТУРПЖ и развитии других осложнений в ранний послеоперационный период. Кроме того, учитывали опыт применения 3% раствора сорбита при проведении трансуретральных хирургических операций и в качестве орошающей жидкости для поддержания проходимости установленного непосредственно после операции катетера Фоли [5, 6, 10]. Вместе с тем, предполагали, что раствор Турусол, состоящий из 2,7% сорбита, 0,54% маннита и воды для инъекций, может оказывать выраженный положительный эффект благодаря суммарному диуретическому, осмотическому и дезинтоксикационному влиянию во время ТУРПЖ и при орошении мочевого пузыря в ранний послеоперационный период, минимизировать риск электроповреждения окружающих тканей за счет своей электронеутральности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностику ДГПЖ проводили с использованием ректального пальцевого исследования, трансректального ультразвукового исследования, рентгенурологического метода и у некоторых больных – КТ и МРТ. У всех больных определяли в крови содержание простатоспецифического антигена (ПСА). Размеры ДГПЖ не превышали 80 см³ и в среднем составляли 65,8±6,2 см³. У 18 из 60 больных (30%) отмечалась острая задержка мочи. У остальных 42 больных показаниями для проведения ТУРПЖ были выраженные явления дизурии, а также резкое снижение максимальной и средней скорости мочеиспускания (до Q_{max} 14,9±2,3 мл/с и до Q_{avg} 4,6±1,4 мл/с соответственно). Объем резецированных тканей в обеих группах больных в среднем составил 56,9±7,2 см³, а кровопотеря – 150,4 ± 22,4 мл.

В группе больных, которым проводили лечение с применением Турусол, развития ТУР-синдрома, а также артериальной гипотензии, тахикардии, тошноты, рвоты не отмечалось. Турусол предотвращал гемолиз эритроцитов, обеспечивал высокую степень видимости и хорошо осуществлял вымывание крови и фрагментов резецированных тканей. При определении в крови больных после ТУРПЖ сахара, а также

электролитов существенного их уменьшения или увеличения не отмечалось.

При применении Турусолы для медленного орошения мочевого пузыря у данных пациентов в течение первых 2–3 дней после операции признаков резорбтивных осложнений в виде сухости во рту, артериальной гипотензии, тахикардии, тошноты, рвоты не отмечалось. Хорошая работа дренажей и отсутствие резорбтивных осложнений создавали благоприятные предпосылки для течения послеоперационного периода в целом. Развития острых гнойно-воспалительных осложнений у этих больных не отмечалось.

У 2 из 28 больных (7,2%) из группы сравнения (без применения Турусолы) в конце ТУРПЖ отмечалось развитие тяжелого ТУР-синдрома, требовавшее экстренного применения высоких доз глюкокортикоидов, введения гекодеза и перевода пациентов в отделение реанимации, где им проводили интенсивное лечение в течение 3 дней. Еще у 3 больных из группы сравнения в конце ТУРПЖ отмечались более легкие проявления ТУР-синдрома в виде гипотензии, тошноты и озноба. После введения этим больным 90 мг преднизолона, гекодеза и 2 мл лазикса данные явления были купированы.

ВЫВОДЫ

1. Применение Турусолы во время ТУРПЖ-гиперплазированных тканей предстательной железы является эффективным способом профилактики развития ТУР-синдрома и других резорбтивных осложнений и электролитно-метаболических нарушений.

2. Турусол может быть использован для орошения мочевого пузыря с целью профилактики осложнений в послеоперационный период после ТУР- гиперплазированных тканей предстательной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добракачественная гиперплазия предстательной железы / под ред. Н.А. Лопаткина. – М., 1999. – 216 с.
2. Лукьянов И.В. Добракачественная гиперплазия предстательной железы. Современные возможности лечения / И.В. Лукьянов // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12, № 14. – С. 830–834.
3. Мартов А.Г. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии добракачественной гиперплазии простаты / А.Г. Мартов, Н.А. Лопаткин. – М.: Триада-Х, 1997. – 144 с.
4. Переверзев А.С. Заболевания предстательной железы / А.С. Переверзев, Н.Ф. Сергиенко. – Харьков, 2005. – 260 с.
5. Ситников Н.В. Трансуретральная электрорезекция новообразований предстательной железы и мочевого пузыря // Методические указания. М., 2005. – 28 с.
6. Ухаль М.И., Гончар М.А. К патогенезу ТУР-синдрома при электрорезекции новообразований предстательной железы // В сб.: Урология. – Вып. 16. – К., 1982. – С. 73–75.
7. Шульгин Р.Е. Клиническая эффективность бемитила и альфа-токоферола в комплексном лечении больных добракачественной гиперплазией предстательной железы в до- и послеоперационном периодах: Дис. ... канд. мед. наук / Р.Е. Шульгин. – Волгоград, 2001. – 171 с.
8. Kirby R.S. Textbook on benign prostatic hyperplasia / R.S. Kirby. – Oxford, 1996.
9. Chapple CR. Benign Hyperplasia of Prostate. – 2000; 16, 35.
10. Hawary, M.S., Karim Mukhtar, M.S. Resection of the Prostate Syndrome: Almost Gone but Not Forgotten // European Urology, 2009. – № 56. – P. 128–136.