

Аносова Юлия Александровна

канд. мед. наук, ассистент кафедры

Золотухин Олег Владимирович

канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой

Мадыкин Юрий Юрьевич

канд. мед. наук, доцент

Кочетов Максим Викторович

канд. мед. наук, доцент

Авдеев Алексей Иванович

канд. мед. наук, ассистент кафедры

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский

университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

г. Воронеж, Воронежская область

DOI 10.21661/r-117966

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТУР ПЖ

Аннотация: в статье приведены данные о послеоперационных осложнениях трансуретральных резекций предстательной железы, выполненных в Воронежской областной клинической больнице с 2006 по 2016 годы. В 2010 году на территории Воронежской области начала действовать «Долгосрочная областная целевая программа «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2011–2015 годы», подпрограмма «Урология». Динамика количества осложнений в данном исследовании рассматривается в сравнении периодов до реализации Программы и в ходе ее реализации. Проведен анализ данных осложнений, рассматриваются возможные причины их развития и методы борьбы с осложнениями.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция предстательной железы, малоинвазивные методики лечения, послеоперационные осложнения, интраоперационные осложнения, интермиттирующая катетеризация, континенция.

В течение последних десятилетий в Российской Федерации в списке заболеваний третью позицию прочно удерживают болезни мочеполовой системы. В структуре первичной инвалидности болезни органов мочеполовой системы занимают около 4% при показателях полной реабилитации инвалидов этой группы 1,2–2%, что в 2,5–3 раза ниже, чем при большинстве других заболеваний.

Среди болезней мочеполовой системы можно выделить группу заболеваний, наиболее значимых в медико-демографическом, социальном и экономическом отношении. Это мочекаменная болезнь, хроническая почечная недостаточность, доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы, хронический пиелонефрит и другие инфекционно-воспалительные заболевания, злокачественные новообразования.

Тенденции демографического развития, а именно, продолжающийся процесс старения населения и падения рождаемости, приводят к увеличению удельного веса лиц пожилого и старческого возраста, что проявляется в увеличении как первичной заболеваемости, так и общей распространенности онкоурологических заболеваний, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, мочекаменной болезни и неспецифических заболеваний верхних мочевых путей. Указанные заболевания дают наибольшее число осложнений, случаев инвалидности, смертности и требуют серьезного специализированного лечения. Кроме того, мочекаменная болезнь является эндемичной для Воронежской области. Таким образом, урологические заболевания являются одной из ведущих причин снижения качества жизни, инвалидизации и преждевременной смертности, создают целый ряд проблем социального и экономического характера.

В последние годы в клинической практике врача-уролога появился большой арсенал различных лекарственных средств и малоинвазивных методик лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Однако, несмотря на это, хирургическое лечение занимает ведущее место, так как остается единственным способом радикального удаления гиперплазированной ткани предстательной железы. Несмотря на давнюю историю данного метода, процент послеоперационных осложнений остаётся стабильно высоким из года в год, что

может быть связано с особенностями течения заболевания, своевременностью выполнения хирургического вмешательства и опытом хирурга. В связи с этим актуальным остаётся вопрос снижения частоты развития и профилактики осложнений оперативного лечения ДГПЖ.

В 2010 году ФГБУ НИИ Урологии совместно с правительством Воронежской области разработало «Долгосрочную областную целевую программу «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2011–2015 годы», подпрограмму «Урология» [1, с. 23].

Суть программы заключается в организации медицинской урологической помощи согласно принципам профилактики, стандартизации, организации контроля качества медицинской помощи, оптимизации затрат государства на здравоохранение. Основными целями подпрограммы являются: снижение заболеваемости, осложнений и инвалидизации больных урологического профиля, улучшение качества и доступности урологической помощи населению области.

Реализация программы проходила на примере самого распространённого заболевания мужчин старшей возрастной группы – ДГПЖ.

Для каждого этапа сформированы стандарты требований к помещениям, оснащению, оказанию диагностической, лечебной медицинской помощи и к медицинским кадрам. При создании стандартов была учтена мировая практика и соблюдены все ныне действующие в России законодательные документы.

В своей работе мы поставили задачу отойти от принципа «обращаемости» и сделать акцент на активном выявлении жалоб посредством опроса населения по упрощённым формам опросников [3, с. 14]. Реализация программы началась на примере самого распространённого, гендерного заболевания мужчин старшей возрастной группы – доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ).

Применение указанного подхода позволило значительно улучшить выявляемость заболевания на ранних стадиях, о чём свидетельствует уменьшение частоты острой задержки мочеиспускания с 23,7% до 2,5%. Кроме того, уменьше-

ние доли случаев оперативного лечения от общего количества выявленных случаев с 11,7% до 6,8% подтверждает увеличение доли ранних стадий заболевания, у которых с достаточно высокой эффективностью может быть применено консервативное лечение. И, наконец, увеличение процента ТУР с 30% до 51% служит еще одним доводом в пользу уменьшения доли запущенных и осложненных форм заболевания.

Осложнения могут встречаться как во время операции, так и в раннем или позднем послеоперационном периоде, и по данным различных авторов процент их различается. Нами проведён анализ результатов 830 ТУР выполненных пациентам с ДГПЖ, за период с 2006 по 2012 годы. Структура осложнений выглядит следующим образом: Интраоперационные осложнения – (3,7%), ранние осложнения – (18,1%), поздние осложнения – (15%). Анализ интраоперационных осложнений позволил выявить следующие закономерности: Интраоперационная травма мочевого пузыря у 5 пациентов имела место в случаях выполнении ТУР простаты в сочетании с цистолитотрипсией и в основном происходила на этапе цистолитотрипсии. За последние пять лет ТУР-синдром развился у одного пациента. Интраоперационное кровотечение, потребовавшее проведение гемотрансфузии, имело место у 26 больных. Ни в одном из случаев конверсии в открытую операцию не было.

Кровотечение в раннем послеоперационном периоде с развитием тампонады мочевого пузыря отмечено у 39 пациентов. В большинстве случаев удалось размыть тампонаду мочевого пузыря консервативными мероприятиями, однако 4 пациентам потребовалось выполнения повторного эндоскопического вмешательства и в одном случае открытой операции. Одной из причин ранних послеоперационных кровотечений, 1–2 сутки, мы видим в технической погрешности выполнения гемостаза.

Инфекционно-воспалительные осложнения имели место в 83 случаях, и в основном они касались развития острого уретрита, орхоэпидидимита и пиелонефрита. Данные осложнения развивались несмотря на проводимые профилак-

ческие мероприятия, такие как: антибактериальная премедикация, интермедикация, использование во время операции различных видов местноанестезирующих гелей с растворами антисептиков, использование в послеоперационном периоде для дренирования мочевого пузыря силиконовых уретральных катетеров и т. д. Острый уретрит и эпидидимит чаще развивались в тех случаях, когда мы вынуждены были продлить дренирование мочевого пузыря уретральным катетером свыше 5 суток (пациенты с длительно незаживающим эпицистостомическим свищом, после геморрагических осложнений и повторных эндоскопических вмешательств, а так же пациенты, у которых после удаления уретрального катетера не восстановилось сразу самостоятельное мочеиспускание, и которым мы вынуждены были проводить интермиттирующую катетеризацию в течение нескольких дней). Острый уретрит и эпидидимит адекватно купировался путем удаления уретрального катетера и расширения антибактериальной терапии. По поводу острого эпидидимита двум пациентам пришлось выполнить оперативное вмешательство.

Обострение хронического пиелонефрита нами отмечено у 23 больных. Большинство из этих пациентов имели в анамнезе сопутствующую МКБ, с локализацией конкрементов в почках и пациенты пребывающие длительно до операции с эпицистостомами. Явления пиелонефрита были купированы консервативно, двум больным потребовалось выполнить ЧПНС.

Задержка мочеиспускания осложнила течение послеоперационного периода у 32 пациентов (3,7%). При этом у 23 (2,7%) больных на фоне интермиттирующей катетеризации, применения альфа-адреноблокаторов и НПВС восстановилось самостоятельное мочеиспускание, у 9 (1%) пациентов пришлось выполнить троакарную эпицистостомию под УЗ-контролем. В дальнейшем, этим пациентам выполнялась уретроцистоскопия, в ходе которой установлено наличие резидуальной ткани, играющей роль «клапана» в простатическом отделе уретры, что вероятно, и явилось причиной задержки мочеиспускания. Повторно проведенная ТУР ПЖ позволила ликвидировать данное осложнение и реабилитировать пациентов.

Среди осложнений позднего послеоперационного периода следует особо отметить недержание мочи, выраженное в различной степени, и имевшее место у 7 пациентов (0,8%). Крайней степени выраженности – тотального недержания мочи не было ни в одном случае. Улучшение континенции, после проведения консервативной терапии, удалось добиться у большинства больных. Стриктуры уретры и склероз шейки мочевого пузыря, в нашем исследовании, выявлены у 54 пациентов (6%). Стриктуры уретры – (2,2%), локализовались чаще всего в месте перехода бульбозного отдела в мембранозный, реже в пенильном отделе (метостеноз) и были непротяжёнными <5 мм. На наш взгляд, это были катетер ассоциированные стриктуры, однако нельзя исключить и технические погрешности во время операции (механическая травма тубусом резектоскопа, при продолжительных операциях). Всем этим пациентам выполнена оптическая уретротомия.

Склероз шейки мочевого пузыря явился причиной возникновения обструктивной симптоматики в позднем послеоперационном периоде у 3,8% больных. Во всех случаях выполнена ТУР коррекция шейки мочевого пузыря. При гистологическом исследовании удалённых тканей был выявлен склероз и признаки хронического воспаления. Обнаружение при гистологическом исследовании ткани ДГПЖ, после повторных вмешательств, расценено как «ложный» рецидив, в результате технической погрешности при выполнении первой операции. Если провести анализ интраоперационных и ранних кровотечений по годам, то большинство из них имели место в первые три года. За последний год интраоперационных кровотечений, потребовавших гемотрансфузий не отмечено. С накоплением опыта хирурга, частота интраоперационных осложнений значительно снизилась, за последние 2 года гемодинамически значимых кровотечений не наблюдалось.

Выводы: Активное выявление больных с ДГПЖ позволяет увеличить количество пациентов в группе диспансерного наблюдения, в том числе на ранних стадиях; и как следствие приводит к увеличению количества радикальных оперативных вмешательств, за счёт своевременной диагностики неосложнённых

форм. Среди радикальных операций акцент смещается в пользу трансуретральных операций, не только за счет увеличения количества больных, но и за счет «расширения» показаний к ТУР (с накоплением опыта, хирург может выполнять ТУРы в случае желез большего объёма – до 100 см³). Количество осложнений напрямую зависит от опыта хирурга и может служить индикатором работы урологической службы в целом.

Список литературы

1. Сайт «Реализация областной целевой программы «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2011–2015 годы» подпрограммы «Урология» в БУЗ ВОВОКБ №1» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.oblzdrav.vrn.ru>

2. Ранняя диагностика доброкачественной гиперплазии предстательной железы как фактор снижения третичной профилактики / О.И. Аполихин, И.А. Шадёркин, А.В. Щукин, О.В. Золотухин, Ю.Ю. Мадыкин, М.В. Кочетов, Ю.А. Аносова // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – №1. Публикация 2–105 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4942.pdf> (дата обращения: 17.11.2014).

3. Формирование долгосрочной модели реструктуризации коечного фонда по профилю Урология на примере Воронежской области / Е.Е. Образцова, В.М. Иванов, О.В. Золотухин, И.А. Шадёркин, Ю.А. Аносова, Ю.Ю. Мадыкин, М.В. Кочетов // Экспериментальная и клиническая урология. – №2. – 2015. – С. 14–19.