

УДК 616.65–007.61–089.87–085–036.8:615.33

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ З ПРИВОДУ ЇЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ

В. В. Козлов

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

COMPARATIVE EVALUATION OF THE RESULTS OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS OF COMPLICATIONS IN PATIENTS AFTER TRANSURETRAL RESECTION OF PROSTATE GLAND FOR ITS BENIGN HYPERPLASIA

V. V. Kozlov

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Реферат

Узагальнений досвід застосування препарату левофлоксацин у 71 хворого з приводу доброякісної гіперплазії (ДГ) передміхурової залози (ПЗ). Доведена ефективність та доцільність призначення препарату з метою профілактики ранніх післяопераційних ускладнень після трансуретральної резекції (ТУР) ПЗ.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози; трансуретральна резекція; ускладнення; антибіотикопрофілактика.

Abstract

The experience of the use of levofloxacin in 71 patients with benign prostatic hyperplasia was summarised. The efficacy and expediency of prescribing this preparation for the purpose of antibiotic prophylaxis of early postoperative complications after the transurethral prostate resection has been proved.

Keywords: benign prostatic hyperplasia; transurethral resection; complications; antibiotic prophylaxis.

У теперішній час в Україні, як і в більшості країн Європи, склалася демографічна тенденція загального старіння населення. Так, за даними ВОЗ, збільшилася частка населення віком старше 60 років, що значно перевищує збільшення населення в цілому [1].

Значне поширення ДГПЗ у чоловіків похилого й старечого віку визначає актуальність діагностики та лікування захворювання [2].

ДГПЗ – одне з найпоширеніших захворювань у чоловіків літнього віку. Етіологія захворювання не вивчена [3].

У 40 – 50% чоловіків віком від 50 до 64 років виявляють ті чи інші симптоми, зумовлені ДГПЗ [4, 5]. У Росії 14 – 40% чоловіків, старіших за 50 років, показано лікування симптомів ДГПЗ [6]. У США з приводу ДГПЗ щороку реєструють 6,4 млн. візитів до лікаря, виконують понад 300 тис. оперативних втручань, сумарні витрати перевищують 2 млрд. доларів США [4].

В Україні у 2015 р. захворюваність на ДГПЗ становила 276,7 на 100 000

населення, виконані майже 15 000 операцій на ПЗ [3].

Порушення сечовипускання у чоловіків похилого віку – важлива медична, психологічна та соціально-економічна проблема.

Однією з основних причин странгурії є розростання тканини ПЗ, що стискає сечівник та порушує відток сечі.

Також важливе значення у виникненні симптомів має підвищення тону м'язів шийки сечового міхура та ПЗ, що регулюється α -адренергічними рецепторами.

Гіперплазія ПЗ – доброякісне утворення, що росте з ендотелію ацинусів залоз ПЗ або їх проток, в структурі паренхіми органа. В 1 – 10% спостережень аденома росте з клітин стромальної частини ПЗ [6]. У зв'язку з цим в сучасній урології збільшується увага до проблеми ДГПЗ і можливих негативних наслідків її лікування.

Актуальність вдосконалення надання спеціалізованої допомоги хворим з приводу ДГПЗ не зменшується з часом.

Перші відомості щодо лікування хворих з приводу ДГПЗ відносять до середніх віків, відток сечі відновлювали за допомогою різних конструкцій, трубчастих елементів або сечогінних трав. Основним завданням лікування ДГПЗ було збереження життя хворого шляхом усунення уросепсису, азотемії, кровотечі, гострої затримки сечі. Сучасна урологія передбачає відновлення або нормалізацію сечовипускання та усунення симптомів інфравезикальної обструкції.

Незважаючи на те, що консервативні методи лікування ДГПЗ стають все більш популярними, хірургічний метод є основним.

Ера хірургічного лікування хворих почалася у XIX столітті з впровадженням методу відкритої енуклеації аденоми ПЗ.

Електрохірургію в урологічній практиці вперше застосував у XIX ст. Е. Bottini, який використовував гальванокаустичну батарею для руйнування тканин ПЗ. Сучасна ТУРПЗ вперше описана М. Stern (1926). В наш час застосовують багато хірур-

гічних методів лікування хворих з приводу ДГПЗ, як інвазивних (простатектомія), так і мініінвазивних (лазерна вапоризація, ТУРПЗ, лапароскопічна простатектомія), методи електрофізичного і температурного впливу, стентування.

Післяопераційні результати лікування хворих з приводу ДГПЗ: тривалість стаціонарного та амбулаторного періодів, частота і тяжкість післяопераційних ускладнень, тривалість реабілітації хворого, післяопераційна летальність залежать від вибору хірургічного методу оперативного лікування.

Нині з численних хірургічних способів лікування ДГПЗ, за даними зведеної міжнародної статистики, найбільш ефективний і частий – ТУРПЗ. Так, за даними Американської асоціації урологів, у 1994 – 1998 рр. з усіх хірургічних та інвазивних втручань з приводу ДГПЗ ТУРПЗ здійснене у 69,2 – 93,3% хворих. В Україні у теперішній час значну частку операцій все ще виконують відкритим способом, проте, ТУРПЗ інтенсивно впроваджують у щоденну практику.

Сучасні дані літератури свідчать про чітку тенденцію до збільшення кількості хворих, у яких ДГПЗ поєднана з хронічним простатитом. Запальні зміни в ПЗ поглиблюють іритативні та обструктивні симптоми гіперплазії ПЗ [6].

Частота ускладнень, що погіршують перебіг захворювання, особливо після оперативного лікування хворих, досить висока, незважаючи на значні зусилля, спрямовані на боротьбу з ними. Найбільш частими ранніми ускладненнями оперативних втручань на ПЗ є гострий запальний процес у сечостатевої органах, кровотеча з «ложа» вилученої аденоматозно-зміненої тканини ПЗ, тромбоемболічні ускладнення, антибіотик-асоційована діарея. Виникнення ускладнень у ранньому

післяопераційному періоді найчастіше пов'язане з наявністю хронічної інфекції сечових шляхів.

Антибіотикопрофілактика післяопераційних ускладнень у сучасній хірургії та урології є практично обов'язковим елементом лікування пацієнта. За будь-якої операції, навіть при ідеальному дотриманні правил асептики й антисептики, обов'язково до кінця операції у 80 – 90% спостережень мікроорганізми потрапляють у рану. Навіть катетеризація сечового міхура у 40 – 60% хворих спричиняє перехресне інфікування сечових шляхів.

Метою антибіотикопрофілактики є створення такої концентрації препарату в крові і тканинах, що забезпечить припинення інфекційного процесу на початковій стадії або зменшення до мінімуму частоти інфекційних ускладнень після операції. Не менш важливим для антибіотикопрофілактики є вибір препарату. Антибіотики мають відповідати таким вимогам [6]:

- висока ефективність щодо ймовірної інфекції в рані;
- період напіввиведення, достатній для підтримання антибактеріальної концентрації в зоні операції протягом хірургічного втручання та перших годин після нього;
- відсутність негативної реакції з лікарськими засобами, що застосовують під час операції;
- хороше проникнення у тканини в зоні оперативного втручання;
- мінімальна частота побічних реакцій.

Періопераційна профілактика інфекційних ускладнень регламентована наказом МОЗ України від 29.08.2008 № 502, відповідно до якого антибіотикопрофілактику використовують за відсутності інфекції («чиста», « умовно чиста» хірургія). За наявності мікрофлори в зоні втручання потрібно проводити пов-

ноцінну антибактеріальну терапію.

Мета дослідження: покращити результати ТУРПЗ у хворих з приводу ДГПЗ шляхом застосування адекватної антибіотикопрофілактики ранніх післяопераційних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 71 хворого, яким з приводу ДГПЗ виконано ТУРПЗ у плановому порядку. Вік хворих від 54 до 77 років, у середньому (61,7 ± 5,7) року.

Комплексне урологічне обстеження до операції включало: аналіз скарг, даних анамнезу; огляд з обов'язковим пальцевим дослідженням ПЗ; лабораторні дослідження з обов'язковим визначенням рівня простатичного антигену у плазмі крові; визначення показників шкали І–PSS, ультразвукове дослідження (УЗД) з визначенням об'єму ПЗ, кількості залишкової сечі; дослідження уродинаміки нижніх сечових шляхів; діагностика супутніх захворювань.

Для характеристики перебігу раннього післяопераційного періоду у хворих аналізували ускладнення: загострення хронічного пієлонефриту, гострий простатит, гострий орхоепідидиміт, довготривалу макрогематурію.

Хворі розподілені на дві групи:

I група – 34 пацієнти, яким в ранньому післяопераційному періоді призначали цефтріаксон (1 г внутрішньом'язово 1 раз на добу);

II група – 37 пацієнтів, яким в ранньому післяопераційному періоді призначали левофлоксацин (500 мг внутрішньовенно крапельно протягом 3 діб, далі – всередину 1 раз на добу).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В ранньому післяопераційному періоді ускладнення виникли у 13 (18,3%) пацієнтів, у 4 (5,6%) з них – по 2 ускладнення, тобто, разом 17 (23,9%) ускладнень.

Найбільш частим ускладненням була довготривала макрогематурія, яку спостерігали у 7 (9,9%) хворих, загострення хронічного пієлонефриту виникло у 5 (7,0%), гострий простатит – у 3 (4,2%), гострий орхоепідидиміт – у 2 (2,8%).

Частота післяопераційних ускладнень у групах хворих

Ускладнення	Кількість хворих в групах			
	I (n=34)		II (n=37)	
	абс.	%	абс.	%
Довготривала макрогематурія	4	11,8	3	8,1
Загострення хронічного пієлонефриту	3	8,8	2	5,4
Гострий простатит	2	5,9	1	2,7
Гострий орхоепідидиміт	1	2,9	1	2,7
Разом ...	10	29,4	7	18,9

У хворих, яким у ранньому післяопераційному періоді призначали левофлоксацин, частота ускладнень менша, ніж при використанні цефтріаксону (див. таблицю). Застосування левофлоксацину з метою антибіотикопрофілактики післяопераційних ускладнень після ТУРПЗ сприяло зменшенню їх частоти на 10,5%.

ВИСНОВКИ

1. Результат оперативного лікування хворих з приводу ДГПЗ значною мірою залежить від призначення адекватної антибіотикопрофілактики.

2. Застосування левофлоксацину з метою профілактики ранніх післяопераційних ускладнень після ТУРПЗ сприяло покращенню результатів хі-

рургічного лікування хворих з приводу ДГПЗ.

3. Препарат левофлоксацин зручний у застосуванні (один раз на добу), можливе використання для ступеневої терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Epstein JI, Potter SR. The pathological interpretation and significance of prostate needle biopsy findings: implications and current controversies. *J Urol.*2001;166:402–10.
2. Martov AG, Martov DS, Kornienko SN. Posleoperatsionnye urologicheskie oslozhneniya transuretral'nykh elektrokhirurgicheskikh vmeshatel'stv na predstatel'noy zheleze po povodu adenomy. *Urologiya.*2006;(2):25–31. [In Russian].
3. Bachurin GV, Popovich SA, Popovich AA. Sravnitel'naya kharakteristika chastoty oslozhneniy transuretralnoy rezeksii prostaty i otkrytoy chrespuzyrnoy adenomektomii u bolnykh s dobrokachestvennoy giperplaziey predstatel'noy zhelezy. *Zaporozhskiy meditsynskiy zhurnal.*2013;(4):67. [In Russian].
4. Pasiechnikov SP, Hrytsai VS, Hliebov AS, Nasheda SV. Perebih pisliaoperatsiinoho periodu zalezno vid vyjavlenoho zbudnyka zakhvoriuvan, shcho peredaiutsia statevym shliakhom, u khvorykh na dobroiakisnu hiperplaziiu peredmikhurovoi zalozy. *Zdorov'e muzhchyny.*2014;(2):75–8. [In Ukrainian].
5. Hellstrom WJ. Benign prostatic hyperplasia, sexual function, and overall evaluation of the male patient. *J Am Osteopath Assoc.*2004;104(2), suppl. 2:5–10.
6. Pasiechnikov SP, Hrytsai VS, Hliebov AS, Nasheda SV. Etiotropna profilaktyka pisliaoperatsiinykh uskladnen cherez mikhurovoi prostatektomii u khvorykh na dobroiakisnu hiperplaziiu peredmikhurovoi zalozy z hostroiu zatrymkoiu sechi, infikovanykh urohenitalnym trykhomoniazom. *Zdorov'e muzhchyny.*2016;(3):164–7. [In Ukrainian].