

УДК 616-007,61.0007-119,005.1-08

Риск возникновения постоперационных нарушений гемостаза после трансуретральной резекции предстательной железы у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

А.А. Мурадян, А.У. Мадатян

*Кафедра урологии ЕГМУ им. М.Гераци,
РМЦ "Армения"
0078, Ереван, ул. Маркаряна, 6*

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция предстательной железы, показатели гемостаза, ДВС-синдром

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одной из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста, которым страдают около 50% мужчин в возрасте 50 – 60 лет и более 75% – старше 70 лет [1-3, 7]. Прогрессирующее развитие ДГПЖ лежит в основе возникновения ряда осложнений: инфравезикальной обструкции, острой или хронической задержки мочеиспускания, возникновения камней мочевого пузыря, пузырно-мочеточникового рефлюкса, присоединения инфекции мочевыводящих путей, развития двустороннего уретерогидронефроза и хронической почечной недостаточности [5,6].

В связи с осведомленностью и более ранним обращением мужского населения к врачу мы значительно реже встречаем больных с далеко зашедшими осложнениями. У большинства из них развитие ДГПЖ не представляет непосредственной угрозы для жизни, однако возникающие нарушения могут заметно ухудшать ее качество [1, 7-9, 11]. Несмотря на наличие эффективных препаратов, используемых в консервативной терапии этого заболевания, оперативный метод лечения, по данным разных авторов, используется в 56 – 98 % случаев [12]. В течение десятилетий стандартом оперативного лечения ДГПЖ остается трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП) [14, 15], сочетая в себе достаточный радикализм и эффективность, характерные для открытого оперативного вмешательства. Метод обладает рядом

безусловных преимуществ, среди которых: меньшая инвазивность, возможность повторения операции без повышения риска для больного, расширение показаний к оперативному лечению у лиц пожилого и старческого возраста с выраженными интеркуррентными заболеваниями, меньшее количество осложнений, более короткий период реабилитации [1, 6, 15].

ТУР предстательной железы, несмотря на эффективность, в раннем послеоперационном периоде может сопровождаться и рядом осложнений. Так, кровотечение, требующее проведение гемотрансфузии, встречается у 2 – 10% больных [1, 12], тромбозы глубоких вен достигают 2%, ТЭЛА развивается у 0,2% больных, с летальным исходом у 0,002% [3,11], инфекционно-воспалительные осложнения – в 8,6-23% случаев [1, 15]. Частота возникновения «ТУР-синдрома», по данным разных авторов, варьирует от 0,5 до 2% [1, 4, 6, 9, 15]. Летальность после ТУР простаты составляет, по данным разных авторов, от 0,25 до 7% [14, 15]. Значительная доля в структуре смертности принадлежит тромбоэмболическим осложнениям – до 50% [12-14].

Таким образом, влияние оперативного вмешательства, несомненно, сказывается на состоянии системы гемостаза пожилых пациентов. Это объясняется поступлением в кровь тканевых активаторов свертывания [13]. Кроме того, недостаток компенсаторных возможностей у данной категории пациентов вызывает снижение активности антикоагуляционной и фибринолитической систем организма [1, 13].

В научной литературе последних лет мало работ, посвященных изучению изменений системы гемостаза и гематореологии после ТУРП – “золотого стандарта” хирургического лечения ДГПЖ. Как и все оперативные вмешательства, ТУРП сопровождаются интра- и послеоперационным кровотечением.

Целью данного исследования явилось изучение показателей плазменного гемостаза у пациентов с ДГПЖ после ТУРП.

Материал и методы

Материалом для исследований служила кровь 89 пациентов с ДГПЖ Медицинского центра “Армения”. Средний возраст пациентов составлял 68.9 ± 1.2 лет. Всем пациентам проводилась ТУРП. Продолжительность операции составляла 25-65 мин. Объем предстательной железы 30-82 см³. В зависимости от типа ирригационной жидкости все пациенты были разделены на 2 группы:

- первая группа (n=21) – пациенты с ДГПЖ, которым при ТУРП в качестве ирригационной жидкости использовалась дистиллированная вода;

- вторая группа (n=68) – пациенты с ДГПЖ, которым при ТУРП использовался 5% раствор глюкозы.

Для оценки состояния системы гемостаза всем больным была сделана расширенная коагулограмма до операции и дважды – в раннем и позднем послеоперационном сроке. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ SPSS.

Результаты и обсуждение

Согласно полученным данным, в первой группе наблюдается снижение протромбинового индекса на фоне удлинения тромбинового времени (ТВ), тогда как в случае глюкозы, увеличивается протромбиновый индекс и укорачивается ТВ (рис. 1,2). В первом случае можно сделать предположение о возможном развитии гипокоагуляции (склонности к кровотечениям), обусловленной либо развитием ДВС-синдрома (резкого нарушения всех процессов свертывания крови), либо выраженным дефицитом фибриногена в крови.

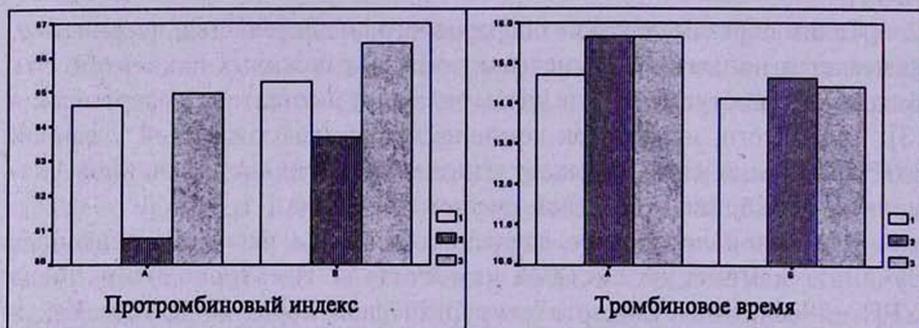


Рис. 1. Показатели протромбинового индекса и тромбинового времени у пациентов обеих групп после ТУРП в зависимости от типа ирригационной жидкости. Здесь и на рис. 2, 3: 1 – дооперационный период, 2 – ранний послеоперационный период, 3 – поздний послеоперационный период; А – I группа, В – II группа

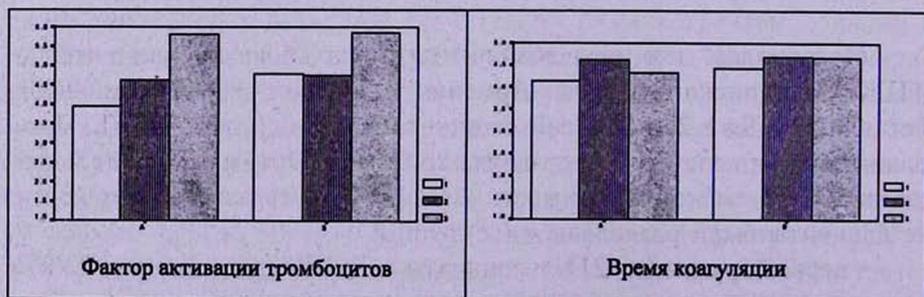


Рис. 2. Изменение фактора активации тромбоцитов и коагуляционного времени у пациентов обеих групп после ТУРП в зависимости от типа ирригационной жидкости

В поздний постоперационный период наблюдается тенденция к нормализации указанных показателей до уровня дооперационных величин, более выраженная у представителей второй группы.

Показатели коагуляционного времени у представителей обеих групп до операции были понижены, затем в первый срок исследования отмечено повышение данного показателя. Во второй постоперационный срок лишь у представителей второй группы сохраняется тенденция к нормализации данного показателя.

Если в дооперационный период, а также у здоровых лиц фибриноген В почти не обнаруживается, то в постоперационные сроки исследования у пациентов обеих групп, и особенно у представителей первой группы, он достигает уровня 8 единиц, что, несомненно, свидетельствует о возможном развитии патологического процесса (инфекционного, воспалительного и аутоиммунного) или подострого и/или хронического ДВС-синдрома (рис. 3).

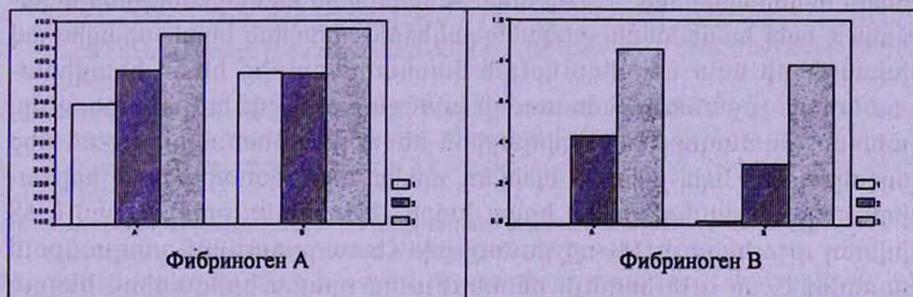


Рис. 3. Изменение содержания фибриногена А и В у пациентов обеих групп после ТУРП в зависимости от типа ирригационной жидкости

Изменения показателей фактора активации тромбоцитов (ФАТ), АЧТВ, МНО, эгглобулинового лизиса, по сравнению с контрольными величинами, являются статистически недостоверными, т.е. находятся в пределах контрольных величин.

Анализ клинических данных исследуемых пациентов выявил, что в первой группе (дистиллированная вода) через первые двое суток после операции кровотечения возникли у 7 из 21 (33%), а у 8 (38%) – в течение одного месяца, 2 (9,5%) из которых потребовалась стационарная помощь.

Во второй группе (5% раствор глюкозы) на 1-2-е сутки после операции возникли кровотечения у 10 из 68 (14,7%), 2 из которых понадобилось вливание свежезамороженной плазмы (2%), а у одного (1,1%) в течение первого месяца возникло кровотечение и также потребовалась стационарная помощь.

Таким образом, выбор глюкозы в качестве ирригационной жидкости при ТУРП у пациентов с гиперплазией предстательной железы

снижает риск развития постоперационных нарушений свертывающей системы.

Поступила 08.11.10

Հեմոստազի հետվիրահատական խանգարումների առաջացման ռիսկը շագանակագեղձի տրանսուրեթրալ ռեզեկցիայից հետո շագանակագեղձի բարորակ հիպերպլազիայով հիվանդների մոտ

Ա.Ա. Մուրադյան, Ա.Հ. Մադաթյան

Շագանակագեղձի բարորակ հիպերպլազիան հանդիսանում է տարածված հիվանդություն մեծահասակ և ծերունական տարիքի տղամարդկանց շրջանում: Շագանակագեղձի բարորակ հիպերպլազիան հանդիպում է 50-60 տարեկան տղամարդկանց մոտ 50%-ի մոտ, իսկ 70-ից բարձր տղամարդկանց՝ 75%-ի մոտ: Կատարված հետազոտության նպատակն է եղել համեմատել շագանակագեղձի բարորակ հիպերպլազիայով հիվանդների մոտ ներմիզուկային մասնահատումից հետո հետվիրահատական շրջանում հեմոստազի խանգարումների հայտնաբերումը, կախված օգտագործված իրիգացիոն հեղուկից: Հետազոտության մեջ ընդգրկված են եղել թվով 89 հիվանդ, որոնք ըստ օգտագործված իրիգացիոն հեղուկի բաժանվել են երկու խմբի՝ 21 հիվանդ թորած ջրով և 68 հիվանդ գլյուկոզայի 5%-ոց լուծույթով: Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ գլյուկոզայի ընտրությունը որպես իրիգացիոն հեղուկ նվազեցնում է մակարդեղիկային համակարգի խախտումների զարգացման ռիսկը հետվիրահատական շրջանում:

The risk of development of postoperative disorders of hemostasis in patients after transurethral prostate resection with BPH

A.A. Muradyan, A.H. Madatyan

BPH is a disease mostly met in elder men and it is considered as a condition-related to ageing. By the age of 50-60 BPH is detected in 50% of men and 75% in men older than 70 years. The condition of system of hemostasis has been studied at patients with BPH after TURP. As an irrigational liquid aqua distillata was used in the first group (21 patients) and 5% glucose in the second group (68 patients). It has been revealed that in these patients infringement of some indices of coagulating system is noticed, which are significantly normalized in the representatives of the second group. It is demonstrated that the choice of glucose as an irrigational liquid in the mentioned patients reduces the risk of development of postoperative infringements of coagulating system.

Литература

1. Буланцев Д.Ю. Уродинамические особенности функции нижних мочевых путей при определении показаний к трансуретральной резекции простаты. Дис.канд.мед. наук, М., 2008.
2. Горюловский Л.М., Зингеренко М.Б. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – актуальная проблема гериатрической урологии. Consilium Medicum., 2003, т. 5, 12.
3. Мельник К.П. Лечение ДГПЖ в условиях клинического госпиталя. Мат. X российского съезда урологов. Сб. науч. тр., М., 2002.
4. Пасечник Д.Г. К вопросу об эпидемиологии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Мат. X российского съезда урологов. Сб. науч. тр., М., 2002, с.156 – 157.
5. Сивков А.В. Современный алгоритм обследования и лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Consilium Medicum., 2004, т.6, 7, с. 516-525.
6. Frasco P.E., Caswell R.E., Novicki D.K. Venous air embolism during transurethral resection of the prostate. Anesth. Analg., 2004, v.99, p.1864 –1866.
7. Hoffman R.M., McDonald R., Slaton J.W. et al. Laser prostatectomy versus transurethral resection for treating benign prostatic obstruction: a systematic review. J. Urol., 2003, suppl.169, p. 210-215.
8. Hung C.L., Wu C.J., Yang S., Chen H.H., Lin J.S. Acute renal failure directly caused by hemolysis associated with transurethral resection of the prostate. Urology, 2002, .59, p.137-142.
9. Malhotra V. Transurethral resection of the prostate. Anesthesiol. Clin. North. America, 2000, 18, p.883-897.
10. Roehrbom C.G. Guidelines for the diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia: a comparative, international overview. Urology, 2001, 58(5), p. 642 – 650.
11. Te A.E., Malloy T.R., Stein B.S. et al. Photoselective vaporization of the prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia: 12-month results from the first United States multicenter prospective trial. J.Urol., 2004, suppl.172, p.1404-1408.
12. Krishna Moorthy H., Shoba Ph. TURP syndrome – current concepts in the pathophysiology and management. Indian Journal of Urology, 2001, 17, 2, p. 97-102.
13. Donohue J.F., Sharma H., Abraham R. et al. Transurethral prostate resection and bleeding: A randomized, placebo controlled trial of the role of finasteride for decreasing operative blood loss. J. Urol., 2002, 168, p.2024-2026.
14. Sandfeldt L., Bailey D.M., Hahn R.G. Blood loss during transurethral resection of the prostate after 3 months of treatment with finasteride. Urology, 2001, 58, p.972-976.
15. Littlejohn J.O. Jr., Ghafar M.A., Kang Y.M., Kaplan S.A. Transurethral resection of the prostate. Curr. Opin. Urol., 2002, 12, p.19-23.