

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ М–ХОЛИНОЛИТИКОВ ПОСЛЕ ЧРЕЗПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

С.С. Шакиров, Н.Ж. Садырбеков, М.Б. Абдыкалыков, Осмон уулу А., Ж.Т. Джапаров

Республиканский Научный центр урологии

при Национальном Госпитале Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики.

г. Бишкек, Кыргызская республика

Резюме. Произведена сравнительная оценка состояния пациентов после чрезпузырной аденомэктомии в послеоперационном периоде в обычном ведении и с применением м–холинолитиков.

Ключевые слова: Предстательная железа, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, чрезпузырная аденомэктомия, м–холинолитики.

ТАБАРСЫК АРКАЛУУ АДЕНОМЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСЫНАН КИЙИНКИ УБАКТА М–ХОЛИНОЛИТИКТЕРДИН КОЛДОНУУДАГЫ ПАЙДАЛУУЛУГУ

С.С. Шакиров, Н.Ж. Садырбеков, М.Б. Абдыкалыков, Осмон уулу А., Ж.Т. Джапаров

Улуттук госпиталда урологиялык Республикалык илимий борбору,

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги,

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Табарсык аркалуу аденомэктомия операциясынан кийинки убактагы жөнөкөй жана м–холинолитиктерди колдонуу менен алып баруудагы бейтаптардын акыбалын салыштыруу жүргүзүлдү.

Негизги сөздөр. Простата беши, залалсыз простата беши, табарсык аркалуу аденомэктомия, м–холинолитиктер.

EFFICIENCY OF M–CHOLINOLYTICS AFTER PERCUTANEOUS ADENOMECTOMY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

S.S. Shakirov, N.J. Sadyrbekov, M.B. Abdykalykov, Osmon uulu A., J.T. Djarov

Republican Scientific Center of Urology

at the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic,

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. A comparative assessment of the patients' state after transvesical adenomectomy in the postoperative period in the usual management and with the use of m–cholinolytics was performed.

Key words: Prostate gland, benign prostatic hyperplasia, transvesicaladenomectomy, m–cholinolytics.

Введение

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее широко распространенным доброкачественным новообразованием у мужчин старшего возраста.

К 55-60 годам, по данным разных авторов, от 13 до 50% мужчин страдают этим заболеванием, а к 80-90-летнему возрасту примерно у 90% мужчин имеются морфологические изменения, свойственные для ДГПЖ. В среднем у половины таких пациентов происходит макроскопическое увеличение железы, а у 35% больных развиваются клинические симптомы, требующие лечение. По данным Н.А. Лопаткина [1], отмечается нарастание случаев доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в возрасте до 50 лет, она составляет 11,3%, 50-59 лет – 45%, 60-69 лет – 75%, 70-79 лет – 81,4%. Есть мнение, что все мужчины старше 80 лет болеют

чаще, но некоторые не доживают до этого возраста, когда развиваются клинические симптомы, требующие лечение.

Существует много видов оперативного лечения, такие как чрезпузырная аденомэктомия, позадилоная аденомэктомия, промежностная аденомэктомия, ТУР аденомы простаты, эмболизация сосудов простаты, лазерная вапоризация аденомы простаты.

“Золотым стандартом” лечения ДГПЖ во всем мире является трансуретральная резекция предстательной железы.

В нашей Республике, по сравнению с ТУР, превалирует открытая аденомэктомия, это обстоятельство связано во-первых, с поздним обращением мужчин пожилого возраста за медицинской помощью, из-за плохой информированности о данной патологии и бесконтрольным приемом различных препаратов, рекламируемых лекарственными фирмами по линии средств массовых

информаций, боязнь дальнейшего целенаправленного обследования и лечения пациентов.

Во-вторых, недостаточность оснащения оборудованием для ТУР по республике. При открытой чрезпузырной аденомэктомии имеет место рассечение передней стенки и шейки мочевого пузыря, где имеется обильная иннервация нервных сплетений, таких как адренорецепторы, м-холинорецепторы.

Целью нашей работы явилась оценка ведения больных после чрезпузырной аденомэктомии с применением м-холинолитиков сопровождающиеся спастическими болями в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования

Проведено лечение 75 больных, из них 35 (47%), больных которым проводилась оценка эффективности терапии м-холинолитиками. Нами был выбран препарат солифенацин (Везикар, Astellas) в дозе 5 мг 2 раза в день.

Средний возраст больных 65-70 лет.

Больные разделены на две группы:

I группа (контрольная) – со стандартным обезболиванием во время спастической боли в послеоперационном периоде;

II группа (основная) – стандартное обезбоживание в сочетании с Везикаром – 35 пациентов (47%).

Лабораторные показатели в обеих группах в пределах. Красная кровь: Hb 120-150 г/л, эритроциты – $3,5-5,0 \times 10^{12}/л$. Коагулограмма: ПТИ 90-100, фибриноген «А» 2222, 0-4444,0, тромботест 5-6.

В анамнезе у больных обеих групп не выявлены признаки гиперактивного мочевого пузыря.

Результаты и обсуждение

При ведении пациентов после чрезпузырной аденомэктомии, пациенты отмечали спастические боли в мочевом пузыре через 3-4 часа после операции и с последующими повторными болезненными позывами к мочеиспусканию, интервалом от 40 мин до 1,5-2 часа. Учитывая болевой синдром больным I группы с целью обезбоживания назначался Промедол 2% 1,0 п/к каждые 4-6 часов в первые сутки и каждые 12 часов в последующие сутки, а также между наркотическими анестетиками назначались нестероидные противовоспалительные средства. Обезболивание промедолом проводилась в течение 3х суток, с нестероидными противовоспалительными средствами до 7-8 суток. Несмотря на адекватное обезбоживание, больные отмечали периодические спастические боли, после которого из дренажных трубок отмечалось усиление выделение мочи с кро-

вью из ложе простаты. В 6 случаях из 40 кровотечение из ложа простаты осложнилось тампонадой мочевого пузыря. Учитывая продолжающиеся кровотечения, больным проводилась гемостатическая и инфузионная терапия в течение 3-4х дней. Система орошения удалялась на 3-4е сутки, уретральный катетер на 5-6е сутки. Затем после восстановления мочеиспускания эпицистостомическая трубка удалялась на 8-10е сутки после операции. При контрольном анализе на 4-5е сутки после операции показатели красной крови снижались, Hb на 40-60 ед, эритроциты на 2ед. В 3х случаях из-за критического снижения красной крови Hb до 60-70 ед, эритроциты до 2,2-2,8 ед. проводилась гемотрансфузия Эр. масса 500,0 в/в кап. мед. После удаления дренажных трубок, больные отмечали учащенное, болезненное мочеиспускание с неудержанием мочи. Средняя продолжительность стационарного лечения после операции у больных контрольной группы составил 10-12дней.

Больным II группы в начале спастических болей после промедола 2% 1,0 п/к назначался М-холинолитик (Везикар 5мг) по 1 таблетке 2 раза в день рерос 10 дней. В 40-50% случаях больные отмечали снижение интенсивности спастических болей и болезненных позывов к мочеиспусканию, а у 50-60%, полное исчезновение спастической боли. Известно пять подтипов таких рецепторов (M1-M5), из которых M2 и M3 обнаружены в мочевом пузыре. Подтип m3 холинорецепторы являются наиболее важным в опосредовании сокращения детрузора. В связи с повреждением стенок детрузора и наложением кисетных швов во время операции имеется механическое раздражение m3 холинорецепторов что приводит к болезненным сокращениям мочевого пузыря. Везикар-конкурентный антагонист M3-холинорецепторов, максимальная концентрация в плазме крови достигает через 3-8 часов после приема. В последующем, больные жаловались на периодические боли в после операционной ране, которая купировалась назначением нестероидные противовоспалительные средства. Пациентам обезболивающая терапия продолжалась в течение 3-4х дней. Гемостатическая и инфузионная терапия проводилась в течение 1-2 дня. Система орошения мочевого пузыря удалялась на 2-3е сутки, уретральный катетер на 4-5е сутки. После восстановления мочеиспускания эпицистостомическая трубка удалялась на 6-8е сутки после операции. При контрольном анализе на 4-5е сутки после операции показатели красной крови снижались Hb на 10-20 ед, эритроциты на 0,5-1ед. которые допустимы в послеоперационном периоде в

связи с чем не было необходимости проводить гемотрансфузию. После удаления дренажных трубок, у больных не отмечалось учащенность, болезненность мочеиспускания, частично сохранялось недержание мочи. Средняя продолжи-

тельность стационарного лечения после операции больных основной группы составил 8–10 дней.

Проведено сравнительная оценка 2х групп в виде таблицы.

Таблица 1

Сравнительные данные осложнений и применение лекарственных средств в основной и контрольной группе

№ группы	Койко дней после операции	Обезболивание промедолом	Обезболивание НПВС	Гемостатическая терапия	Инфузионная терапия	Гемотрансфузия, % случаях	Тампонада мочевого пузыря, % случаях
I группа	10-12	6-7	8-10	3-4 дн	3-4 дн	7,5%	15%
II группа	8-10	1-2	5-6	1-2 дн	1-2 дн	0%	0%

Выводы: В после операционном периоде у пациентов перенесших чрезпузырную аденомэктомию одним из главных задач явилось обеспечить, максимальное расслабление мочевого пузыря с целью профилактики кровотечения из ложа простаты.

Литература:

1. Горюловский, Л.М., Влияние простатита в аденоме предстательной железы на течение послеоперационного процесса / Л.М. Горюловский, М.И. Модорский // Пленум Всеросс. общества урологов: Тез. докл. – Пермь, 1994. – С.44–46.
2. Горленко, В.Н. Сравнительный анализ оперативных методов лечения аденомы предстательной железы / В.Н. Горленко, Г.М. Притыкин, С.Н. Абражеев // Пленум Всеросс. общества урологов: Тез. докл. – Курск, 1993. – С.44.
3. Лопаткина, Н. А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: руководство по урологии / Н. А. Лопаткин. – 1999.
4. Сивков А.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А.В. Сивков // Урология. – Consilium Medicum. – 2002. – Приложение. – С. 9–18.
5. Першин, С.В., Прогнозирование ранних послеоперационных осложнений у больных аденомой предстательной железы / С.В. Першин, В.П. Авдошин // Пленум Всероссийского общества урологов: – Тез. докл. – Курск, 1993 – С. 152–154.
6. Тиктинский, О.Л. Хирургическое лечение аденомы предстательной железы и послеоперационных осложнений / О.Л. Тиктинский, // 8-й Всероссийский съезд урологов: тез. докл. – Свердловск, –1988. – С. 223–236.