

ПРОГНОЗУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.П. Пасечніков, Я.М.Клименко, Абдулфатах Ахмед Моаллім

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Вступ. Поширеність доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) серед чоловіків з її залежністю від віку та обґрунтованим зростанням з огляду на загальновідому тенденцію постаріння населення, передусім, актуалізує питання лікування [1, 7, 16]. Нині клінічна урологія має у своєму арсеналі широкий спектр хірургічних та медикаментозних його варіантів. За даними різних авторів, 30–40% чоловіків віком 40–80 років оперуються [5, 15]. За усі часи питання ускладнень при цьому завжди розглядались одночасно з оцінкою ефективності надання хірургічної допомоги, були провідними критеріями її результативності [4, 8–9, 11]. З появою нових технологій та удосконаленням відомих розширюються показання до хірургічного лікування, що на тлі зростання літнього контингенту з його поліорганою патологією підсилюють значення і необхідність систематичного вивчення частоти, характеру післяопераційних ускладнень [3, 6, 14]. Тим більше, що за умов сьогодення, коли хворі віддають перевагу консервативному лікуванню, що достатньо зарекомендувало себе на практиці, складається несприятлива ситуація в аспекті несвоєчасного звернення до фахівців. Зазначене є однією з причин обтяжливого перебігу захворювання, створює ризик щодо несприятливого результату оперативного втручання. За даними літератури частота ускладнень досягає 70% при різних видах хірургічного лікування [4, 10, 12]. З таких позицій перед клініцистами постає питання імовірності їх прогнозування та, безумовно, можливості їх попередження. Основою його вирішення є фактори ризику, вивчені з оцінкою значимості впливу на результат лікування. Найсуттєвіших позитивних змін у стані здоров'я можна досягти при попередженні негативних результатів лікування хворих із застосуванням прогресивних поширених методів, у даному випадку до таких належить трансуретральна резекція простати (ТУРП). Тому цілком виправданою є мета даного дослідження, яка полягає в уточненні

частоти та характеру післяопераційних ускладнень ТУРП у хворих на ДГПЗ з позиції вивчення їх структури в сучасних умовах.

Матеріали і методи дослідження. Базою дослідження були урологічні відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва. Об'єктом вивчення стали 266 хворих на ДГПЗ, яким у 2015–2016 роках виконана ТУРП, із них 141 – госпіталізовані ургентно, 125 – планово. Визначалась частота та структура післяопераційних ускладнень у розрізі двох груп за видом госпіталізації. Виявлені фактори, що несприятливо впливали на їх розвиток, також оцінювались за цим критерієм. З метою уточнення для кожного з них виділені обґрунтовані ознаки – кількісні чи якісні з межовими значеннями. Інформативна оцінка їх значимості (в балах) здійснювалась із використанням t-критерію Стьюдента. Порівнювалась частота наявності тієї чи іншої ознаки (показника) у хворих у разі післяопераційних ускладнень із середньою її частотою серед усіх обстежених. До значимих належали показники, що мали $\geq 1,0$ бала. Для виявлення чинників ризику і прогнозування ускладнень при ТУРП застосовували також методику розрахунку показника відношення шансів (Odds, Ratio, OR) та його 95% Confidential Interval, 95% CI. У роботі використовувався аналітико-синтетичний, порівняльний, математичний аналізи [2, 13].

Результати та їх обговорення. За аналізом результатів ТУРП у 266 хворих на ДГПЗ виявлено 64,7% випадків післяопераційних ускладнень з наступними ступенями тяжкості (Clavien-Dindo): I – 90,3%, II – 1,2% та III – 7,5%. У 1,8 разу їх було більше при ургентній госпіталізації (87,3%). Під час дослідження виявлено 13 факторів із 27 їх ознаками, що були віднесені до несприятливих у плані ймовірності їх розвитку. Після чого здійснена їх інформативна оцінка, за якою визначена сила впливовості в кількісному еквіваленті (бали). У табл. 1 та 2 подані дані відповідних розрахунків окремо у випадках планової та ургентної госпіталізації.

Інформативна значимість клінічної інформації для визначення ймовірності ускладнень ТУРП при плановій госпіталізації хворих на ДГПЗ (62 із 125 – 49,6%)

№ з.п.	Фактор	Ознака	К—ть	Без ускладнення		З ускладненням				Бал
			спост.	абс.	%	абс.	%	m	m ²	
1	Вік (роки)	≤75	98	59	60,2	39	39,8	4,9	24,2	-1,5
		>75	27	4	14,8	23	85,2	6,8	46,4	+4,4
2	Тривалість захворювання(роки)	≤3	41	28	68,3	13	31,7	7,2	52,3	-2,1
		>3	84	35	41,7	49	58,3	5,3	28,5	+1,4
3	Тривалість медикаментозної терапії (роки)	≤3	84	47	56,0	37	44,0	5,4	29,2	-0,8
		>3	41	16	39,0	25	61,0	7,6	57,8	+1,3
4	Інтравезикальна простатична протрузія (см)	<2	59	43	72,9	16	27,1	5,7	33,0	-3,1
		2–3	57	18	31,6	39	68,4	6,0	36,0	+2,0
		>3	9	2	22,2	7	77,8	13,8	191,1	+2,5
5	Об'єм ПЗ (см ³)	≤80	66	36	54,4	30	45,6	6,1	37,4	-0,5
		>80	59	27	45,8	32	54,2	6,4	41,5	+0,6
6	Об'єм залишкової сечі (мл)	≤100	39	24	61,5	15	38,5	7,7	60,0	-1,2
		>100	86	39	45,3	47	54,6	5,3	28,4	+1,0
7	Максимальна швидкість сечовипускання (мл/с)	>10	102	57	55,2	45	44,1	4,9	24,1	-0,8
		≤10	23	6	26,1	17	73,9	9,1	83,3	+2,4
8	Якість життя (QoL, бали)	≤4	25	20	80,0	5	20,0	8,0	64,0	-3,2
		5–6	100	43	43,0	57	57,0	4,9	24,2	+1,1
9	Виразність симптомів (IPSS, бали)	20–25	66	47	71,2	19	28,8	5,5	30,6	-3,0
		>26	59	16	27,1	43	72,9	5,7	33,0	+3,2
10	Тривалість операції (хв.)	30–50	61	36	59,0	25	41,0	6,2	39,0	-1,1
		≥50	64	27	42,2	37	57,8	6,1	37,6	+1,1
11	Термін вилучення катетера (доба)	5–6	75	48	64,0	27	36,0	5,5	30,5	-2,0
		7–10	50	15	30,0	35	70,0	6,4	41,5	+2,6
		–	125	63	50,4	62	49,6	4,4	19,6	–
12	Гостра затримка сечі в анамнезі	Ні	102	57	55,9	45	44,1	4,9	24,0	-0,8
		Так	23	6	26,0	17	74,0	9,1	83,2	+2,4
13	Кількість супутніх захворювань	≤3	73	50	68,5	23	31,5	5,4	29,3	-2,5
		>3	52	13	25,0	39	75,0	6,0	36,0	+3,4

Порівняльний аналіз табл. 1 та 2 свідчить, що склад факторів із ознаками ідентичний, проте у випадках ургентної госпіталізації перелік їх менший, як і меншою виявилася їхня впливовість за величиною балів. Таке положення вважаємо логічним і пояснюємо самим фактом ургентності, коли хворі потрапляють до стаціонару із гострою затримкою сечі (ГЗС), яка кваліфікується апіорі як наявне ускладнення. Як видно з табл. 1, до найбільш інформативних належать наступні. Вік – хворі >75 років мають максимально високу ймовірність виникнення ускладнень у післяопераційному періоді (+4,4 бала). Загально визнана негативна роль супутньої патології чітко проявилася й у вигляді величини бала: при наявності у хворого >3 супутніх захворювань створюються серйозні передумови щодо ускладнень (+3,4 бала). Високою (+3,2 бала) виявилася прогностична цінність

такого, по суті суб'єктивного, показника як ступінь виразності симптоматики (IPSS>26). Адже він акумулює і відбиває цілком об'єктивні зміни, наприклад, максимальної швидкості сечовипускання. Практично однаковою вона була для наступних чотирьох факторів: ІПП (+ 2,5 бала), Q_{max} (+2,4 бала), гостра затримка сечі в анамнезі (+2,4 бала), термін вилучення катетера (+2,6 бала). Значимими, проте дещо меншою мірою, були п'ять інших факторів. Так, тривалість захворювання та медикаментозної терапії понад 3 роки були практично однаковими за своєю впливовістю на результат (+1,4 та +1,3 бала відповідно), що пояснюється їх залежністю між собою. Об'єм залишкової сечі (>100 мл), QoL (5–6 бала), тривалість операції (≥50 хв.) також за силою значимості на наслідки ТУРП виявилися близькими (+1,0; +1,4 та +1,1 бала відповідно). Якщо дотримуватись

Інформативна значимість клінічної інформації для визначення ймовірності ускладнень ТУРП при ургентній госпіталізації хворих на ДГПЗ (110 із 141 – 78,0%)

№ з.п.	Фактор	Ознака	К—ть	Без ускладнення		З ускладненням				Бал
			спост.	абс.	%	абс.	%	m	m ²	
1	Вік (роки)	≤75	99	25	25,2	74	74,7	4,3	18,7	-0,6
		>75	42	6	14,2	36	85,7	5,4	29,2	+1,2
2	Тривалість захворювання (роки)	≤3	42	17	40,0	25	59,5	7,5	56,8	-2,2
		>3	99	14	14,1	85	85,9	3,4	11,9	+1,6
3	Тривалість медикаментозної терапії (роки)	≤3	74	21	28,3	53	71,6	5,2	27,2	-1,0
		>3	67	10	15,0	57	85,1	4,3	18,7	+1,3
4	Інтравезикальна простатична протрузія (см)	<2	51	17	33,3	34	66,7	6,5	42,8	-1,5
		2–3	69	12	17,4	57	82,6	4,5	20,5	+0,8
		>3	21	2	9,5	19	90,5	6,3	40,3	+1,7
5	Об'єм ПЗ (см ³)	≤80	65	15	23,1	50	77,0	5,2	27,1	-0,2
		>80	76	16	21,0	60	79,0	4,6	21,5	+0,2
6	Тривалість операції (хв.)	30–50	61	19	31,1	42	68,8	5,9	34,8	-1,4
		≥50	80	12	15,0	68	85,0	3,9	15,6	+1,0
7	Термін вилучення катетера (доба)	5–6	78	23	29,7	55	70,5	5,2	26,3	-1,2
		7–10	65	8	13,3	55	87,3	4,2	17,2	+1,8
8	Гостра затримка сечі в анамнезі	Ні	90	24	26,7	66	73,3	4,6	21,4	-0,8
		Так	51	7	13,7	44	86,3	4,8	23,1	+1,5
9	Кількість супутніх захворювань	≤3	78	23	29,5	55	70,5	5,2	26,3	-1,2
		>3	63	8	12,7	55	87,3	4,2	17,2	+1,7

визначальної ролі ступеня виразності ІВО при виборі методу лікування та прямої залежності від нього його результату, то наведені вище дані підпорядковуються цьому положенню.

Таким чином, визначена інформативність несприятливих факторів з позиції доказовості надає їм вагомості в плані використання в клінічній практиці для передбачення післяопераційних ускладнень. Проте, вони вимагають доопрацювання з тим, щоб запропонувати з цією метою зручний інструмент щодо визначення ступеня такої загрози. Це спонукало до визначення відносного ризику (відносного шансу), за яким виявляється, у скільки разів ризик несприятливого прогнозу захворювання вищий серед осіб з даним фактором, ніж серед тих, у яких його немає. Із величиною показника зростає фактично зв'язок між фактором та явищем. Чинники, асоційовані з ускладненнями у хворих, яким ТУРП виконувалась в умовах планової госпіталізації, подані в табл. 3.

Із наведених у табл. 3 даних видно, що серед усіх факторів виділяється максимальна швидкість сечовипускання. У разі, коли величини показника становлять до 6,0 мл/с, ризик імовірності ускладнень найбільший, він у 17,6 разу більший за випадки, де він ≥10,0 мл/с. Оскільки за таких умов складається загроза ГЗС, отри-

мані дані відповідають клінічним уявленням. Близьким виявився ризик шістьох факторів (виразності симптоматики, QoL, тривалості захворювання, віку, тривалості операції та терміну вилучення катетера; він перебував у межах 3,5–4,5 рази). Практично удвічі зростає ризик при тривалості захворювання >3 років, тривалості медикаментозної терапії >3 років, об'ємі залишкової сечі >100 мл, ІПП>3 см, ОПЗ >80 см³. Тобто, наведені дані є різноплановим підтвердженням вагомості обраних факторів, за допомогою яких можна досягти реалізації мети (контролюючи динаміку, нівелюючи, при можливості).

Наведені вище дані обґрунтували створення зручної для практичного застосування карти, як інструменту для визначення ступеня ризику виникнення післяопераційних ускладнень ТУРП у хворих на ДГПЗ (табл. 4).

Із даних карти логічно випливає суть процедури роботи з нею. Чим більше величина бала зі знаком (+), тим більше негативне значення має ця ознака у випадках її наявності за результатами обстеження конкретного хворого. І, навпаки, якщо реальні дані відповідають іншій ознаці зі знаком (-), то її слід розцінювати позитивно, оскільки вона не є загрозливою, небезпечною з точки зору розвитку ускладнень. У подальшому були розраховані величини у ви-

Чинники, асоційовані з ускладненням планових операцій

Досліджуваний параметр	OR	LL 95% CI	UL 95% CI
Максимальна швидкість сечовипускання до 6 мл/с	17,55	3,35	31,94*
Виразність симптомів IPSS понад 25 балів	4,45	1,35	14,65*
Термін вилучення катетера на 7-му добу і більше	3,58	1,16	11,04*
Вік понад 75 років	3,52	1,02	12,14*
Тривалість операції понад 30 хв.	4,57	0,87	23,96
Тривалість захворювання понад 3 роки	2,16	0,66	7,06
Гостра затримка сечі в анамнезі	3,87	1,77	8,44*
Об'єм залишкової сечі 100 мл і більше	1,94	0,59	6,33
Тривалість медикаментозної терапії понад 3 роки	1,88	0,62	5,65
Об'єм передміхурової залози 80 см ³ і більше	1,25	0,43	3,61
Інтравезикальна простатична протрузія 2 см і більше	1,38	1,01	3,92*
Якість життя, більше 4 балів	4,15	1,29	13,96*

Примітки:

1. OR – показник відношення шансів.
2. LL 95% CI – нижня межа 95% довірчого інтервалу.
3. UL 95% CI – верхня межа 95% довірчого інтервалу.
4. */p – достовірність показника відношення шансів.

Таблиця 4

Прогностична карта визначення ступеня ризику розвитку післяопераційних ускладнень ТУРП у хворих на ДГПЗ

№ з.п.	Фактори	Ознака	Бали
1	Вік (роки)	≤75	-1,5
		>75	+4,4
2	Тривалість захворювання (роки)	≤3	-2,1
		>3	+1,4
3	Тривалість медикаментозної терапії (роки)	≤3	-0,8
		>3	+1,3
4	Інтравезикальна простатична протрузія (см)	<2	-3,1
		2–3	+2,0
		>3	+2,5
5	Об'єм залишкової сечі (мл)	≤100	-1,2
		>100	+1,0
6	Максимальна швидкість сечовипускання (мл/с)	>10	-0,8
		≤10	+2,4
7	Якість життя (QoL; бали)	<4	-3,2
		5–6	+1,1
8	Виразність симптомів (IPSS; бали)	20–25	-3,0
		>26	+3,2
9	Тривалість операції (хв.)	30–50	-1,1
		≥50	+1,1
10	Термін вилучення катетера (доба)	5–6	-2,0
		7–10	+2,6
11	Кількість супутніх хвороб	≤3	-2,5
		>3	+3,4

гляді суми балів (коефіцієнт), при яких слід очікувати найбільшу та найменшу ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень. Оскільки вирішення питання потребує узагальненого

підходу, то актуальним є принцип розробки такої методики, яка б дозволяла визначити ймовірність несприятливого перебігу захворювання ще в амбулаторно-поліклінічних умовах

лікарем загальної практики. Для цього була спрощена подана вище прогностична карта (табл. 5).

Як видно, її умовно можна поділити на дві частини. Перша – тільки на основі анамнезу дозволяє лікарю попередньо в динаміці за сумою балів отримати уявлення про зміну ситуації з тим, щоб дати відповідні рекомендації задля прийняття рішень самим хворим, а також визначитись, передусім, у доцільності проведення додаткового об'єктивного обстеження, наприклад, УЗД тощо. Друга частина складається із оцінки результатів УЗД. Її дані, за підсумуванням виявлених ознак, разом із такими, отриманими з анамнезу, дають впевненість лікарю в необхідності направити хворого на консультацію до уролога. Виважене відношення до кожної ознаки в динаміці забезпечить можливість своєчасно відкоригувати тривалість консервативного лікування, заздалегідь підготувати хворого до розуміння необхідності своєчасного хірургічного лікування, що призведе до бажаного кінцевого результату. У зв'язку з цим розрахунки передбачали визначення міри ризику окремо для амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного етапів. Вони подаються в єдиному контексті, оскільки не складні в інтерпретації.

У результаті було визначено дві групи хворих із різним ступенем можливого ускладнення

ТУРП: мінімальним та високим. Для кожної з них встановлені граничні значення коефіцієнта, що представляє собою суму балів ознак, які спостерігаються у кожного хворого на момент обстеження.

Нижче представимо послідовність дій в амбулаторних та стаціонарних умовах при допомозі хворим на ДГПЗ. Уніфікованість підходу полягає в тому, що зі збільшенням суми балів наявних ознак, наближення її до максимальної величини, визначеної за математичним аналізом, зростає ризик несприятливих ситуацій у плані перебігу ДГПЗ та післяопераційних результатів. До першої групи лікарі загальної практики відносять хворих на ДГПЗ, які за сумою балів мають від $(-10,0)$ до 0 , що не передбачає несприятливого перебігу захворювання. До другої – відносять хворих, сума балів у яких коливається від 0 до $(+10,0)$, що свідчить про небезпеку розвитку ГЗС та ускладнень після хірургічного лікування. Це мотивує лікарів загальної практики/сімейних направляти хворого на додаткові обстеження, в тому числі, на консультацію до уролога.

Зберігається подібний принцип роботи з відповідною картою і в умовах стаціонару. Винятком є різні граничні значення максимального та мінімального ризиків виділення двох

Таблиця 5

Прогностична карта для передбачення несприятливого перебігу ДГПЗ на амбулаторно-поліклінічному етапі

№ з.п.	Фактори	Ознака	Бали
1	Вік (роки)	≤ 75	-1,5
		> 75	+4,4
2	Тривалість захворювання (роки)	≤ 3	-2,1
		> 3	+1,4
3	Тривалість медикаментозної терапії (роки)	≤ 3	-0,8
		> 3	+1,3
4	Кількість супутніх захворювань	≤ 3	-2,5
		> 3	+3,4
5	Гостра затримка сечі в анамнезі	Не було	-0,8
		Була	+2,4
6	Виразність симптомів (IPSS; бали)	20–25	-3,0
		> 26	+3,2
7	Якість життя (QoL; бали)	< 4	-3,2
		5–6	+1,1
8	Інтравезикальна простатична протрузія (см)	< 2	-3,1
		2–3	+2,0
		> 3	+2,5
9	Об'єм залишкової сечі (мл)	≤ 100	-1,2
		> 100	+1,0
10	Максимальна швидкість сечовипускання (мл/с)	> 10	-0,8
		≤ 10	+2,4

груп. А саме: до першої групи, де несприятливий результат мінімізований, належать хворі, сума балів ознак у яких перебуває в межах від (-22,0) до 0, до другої – ті, у яких ці величини для сумарного коефіцієнта становлять від 0 до (+26,0).

Отримані таким чином дані дозволяють лікарям стаціонару у разі планової госпіталізації хворих на ДГПЗ спрямувати зусилля на нівелювання впливу окремих факторів на результати хірургічного втручання шляхом попередження розвитку післяопераційних ускладнень.

Висновки

1. Визначена інформативна цінність, яка доповнена значимістю відносного ризику, виявлених 13 факторів з їх 27 ознаками, що віднесені до несприятливих у плані ймовірного розвитку післяопераційних ускладнень після ТУРП у хво-

рих на ДГПЗ і запропоновано на їх основі прогностичні карти для амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного етапів надання медичної допомоги для можливого їх коригування та вибору оптимальних термінів хірургічного лікування.

2. Запропоновано принцип розподілу хворих на ДГПЗ на групи мінімального та максимального ризику несприятливого перебігу захворювання та розвитку післяопераційних ускладнень ТУРП, що є зручним невитратним інструментом для планування відповідних дій на етапах надання медичної допомоги. Суть уніфікованого підходу у визначенні суми наявних ознак у пацієнта та співставленні її величин з об'єктивізованими доведеними граничними значеннями для кожної групи.

Список літератури

1. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Локшин К.Л., Спивак Л.Г. Выбор метода лечения больных гиперплазией предстательной железы. – Москва: Клиника урологии ММА им. И.М.Сеченова, 2005:59.
2. Бабич П.Н., Чубенко А.В, Лапач С.Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация // Український медичний часопис. – 2005;2(46):113–119.
3. Волков Д.Ю., Артифексов С.Б., Артифексова А.А. Пути профилактики ранних послеоперационных осложнений после трансуретральной резекции простаты: экспериментальное исследование // Урология. – 2011;1:44–46.
4. Давыдов Д.С., Цариченко Д.Г., Безруков Е.А., Суханов Р.Б. и др. Осложнения гольмиевой лазерной энуклеации гиперплазии предстательной железы // Урология. – 2018;1:42–47.
5. Когут В.В. Обґрунтування вибору методу ендоскопічного хірургічного лікування хворих на ДГПЗ // Здоров'я чоловіка. – 2013;1:138–142.
6. Кузьменко В.В., Кочетов М.В., Семенов Б.В. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: Монография. – Воронеж: Новый взгляд, 2008:141
7. Пасєчніков С.П. Принципи класифікації, діагностики та лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози // Медичні аспекти здоров'я чоловіків. – 2018;1(28):36–41.
8. Федорук О.С., Владиченко К.А. Післяопераційні ускладнення трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії простати // Буковинський мед. вісник. – 2006;10(1):153–155.
9. Ahyai S.A. et al. Meta-analysis of functional outcomes and complications following transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic enlargement // Eur. Urol. – 2010;58:384–397.
10. Charles E., Edmiston Jr., Candace J. Krepel, Patti J. Wilson et al. Инновационные стратегии снижения риска хирургической раневой инфекции // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012;3:79–88.
11. Clavien P.A., Barkun J., de Oliveira M.L, Vauthey J.N., Dindo D. et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience // Ann. Surg. – 2009;250(2):187–196.
12. Gobermado M., Valdes L., Alos J.I. et al. Antimicrobial susceptibility of clinical Escherichia coli isolates from uncomplicated cystitis in women over a 1-year period in Spain // Rev. Esp. Quimioterapia. – 2007;20:68–75.
13. Forthofer R.N., Lee E.S., Hernandez M. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery. – Amsterdam: Elsevier Academic Press, 2007:502.
14. Nicoll L.E. Catheter-related urinary tract infection // Drugs Aging. – 2005;22:627–639.
15. Pisco J.M., Rio Tinto H., Campos Pinheiro L., Bilhim T. et al. Embolization of prostatic arteries as treatment of moderate to severe lower urinary symptoms (LUTS) secondary to benign hyperplasia: results of short- and mid-term follow-up // Eur. Radiol. – 2013;23(9):2573–2574.

Реферат

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.П. Пасечников, Я.М. Клименко,
Абдулфатах Ахмед Моаллим

Работа сфокусирована на неблагоприятных факторах с обоснованно выявленными их признаками, которые влияют на развитие послеоперационных осложнений при трансуретральной резекции простаты (ТУРП). Анализу подвергнуты 266 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), перенесших в 2015–2016 гг. ТУРП в урологических отделениях Александровской клинической больницы г. Киева, в том числе в 141 и 125 случаях в ургентном и плановом порядке соответственно. Установлена информативная ценность (в баллах) каждого из 27 признаков 13 факторов, а также значимость относительного риска. На их основе с помощью аналитико-синтетического анализа составлены прогностические карты для амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов оказания медицинской помощи данному контингенту. Предложен принцип выделения двух групп риска (минимальный и максимальный). Таким образом был разработан для клинической урологии удобный инструмент для принятия соответствующих действий на отдельных этапах медицинской помощи с выбором оптимально адекватных сроков хирургического лечения. Суть унифицированного подхода состоит в суммировании наличествующих признаков у пациента в момент обследования, величину которых сопоставляют с объективизированными граничными значениями для каждой группы, при этом прилагается алгоритм действий.

Ключевые слова: трансуретральная резекция простаты, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, послеоперационные осложнения, факторы риска, прогностическая карта.

Адреса для листування

Я.М. Клименко
E-mail: inflam@ukr.net

Summary

FORECASTING POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

S.P. Pasechnikov, Y.M. Klymenko,
Abdulfatah Ahmed Moallim

The work focuses on unfavorable factors with well-grounded features that influence the development of postoperative complications of transurethral resection of the prostate (TURP). 266 patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) were analyzed, including 141 cases in urgent and 125 planned procedures, which had undergone TURP in the Urological departments of the Oleksandrivka Clinical Hospital in Kyiv in 2015–2016. There was determined informative value (in points) of each sign (27, included in 13 factors), as well as the significance of relative risk. Based on their analytical and synthetic analysis, the prognostic cards for outpatient-polyclinic and in-patient stages of providing medical care to contingents are compiled. The principle of distribution of patients with BPH is proposed for two groups of risk (minimum and maximum). Thus, for clinical urology, a convenient, cost-effective tool for taking appropriate action at certain stages of medical care and choosing the optimal timing for surgical treatment is offered. The essence of the unified approach is in summarizing the existing features in the patient at the time of the survey, the magnitude of which correlates with the objectified limit values for each group, while an algorithm of action is presented.

Keywords: prostate transurethral resection, benign prostatic hyperplasia, postoperative complications, risk factors, prognostic card.