

М.М.Кокалко, В.М.Коновчук, С.О.Акентьев, А.І.Ковтун, І.Г.Проданчук, Б.Н.Жибчин,
А.Є.Аносов, А.П.Сажин

ПОСТУРАЛЬНІ РЕАКЦІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет; Обласна клінічна лікарня, м. Чернівці

Зміна балансу статевих гормонів у чоловічому організмі з- віком призводять до розвитку гіперплазії передміхурової залози (ГПЗ). ГПЗ призводить до дисфункції сечостатевої системи. Прояви захворювання досить специфічні і погіршують не тільки соматичний стан пацієнтів, але й впливають на загальну якість життя, викликають соціальну дезадаптацію та побутовий дискомфорт.

Тому вибір найбільш безпечного і ефективного методу лікування є актуальним питанням сучасної медицини.

«Золотим стандартом» серед хірургічних методів лікування ГПЗ є трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРПЗ). Проте, слід зазначити, що під час ТУРПЗ можливе виникнення ускладнень, зокрема - синдрому трансуретральної резекції (ТУР-синдрому). ТУР-синдром може призводити до розладів з боку центральної нервової, серцево-судинної, видільної та інших систем.

Дані порушення пов'язані з комбінованим впливом кизки факторів: анестезія (епідуральна анестезія характеризується комплексом змін, притаманних нейро-вегетативній блокаді), положення тіла пацієнта під час операції (постуральні реакції) і саме основне - рідинним навантаженням (потрапляння до судинного русла рідини, що омиває операційне поле). Відсутність даних щодо результуючого характеру змін сумісної дії описаних факторів спонукало нас дослідити динаміку деяких показників системи кровообігу під час проведення ТУРПЗ.

Мета: вивчити можливість використання постуральних реакцій для їх впровадження в практику проведення ТУРПЗ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 119 хворих, чоловіків у віці 52-87 років з діагнозом ГПЗ П-Ш ст. і віковими змінами з боку серцево-судинної системи. Методом знеболення при проведенні ТУРПЗ була обрана епідуральна анестезія. Стан центральної гемодинаміки визначали методом тетраполярної реографії. На етапі розробки і оптимізації методів анестезіологічного забезпечення операцію ТУРПЗ проводили у традиційному положенні для літотомії- нижні кінцівки зігнуті у кульшовому (105-125°) і колінному (95-105°) суглобах, вісь тіла - горизонтальна. Подальше вивчення впливу положення тіла на гемодинаміку пацієнтів під час проведення ТУРПЗ показало доцільність використання «покращеного» положення для літотомії - на відміну від традиційного горизонтальна вісь тіла підвищувалась на 30°.

Запис показників гемодинаміки проводили хворим у традиційному (57 пацієнтів) та «покращеному» (62 пацієнта) положенні для літотомії після проведення епідуральної анестезії і отримання адекватного знеболення - початок операції, а також на 30-й хв. від початку ТУРПЗ (в наших дослідженнях 30-та хв є медіаною часових аспектів ТУРПЗ).

Статистична обробка отриманих даних - варіаційна статистика методом Фішера (критерій Стьюдента).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати відображені у таблиці.

У традиційному положенні для літотомії діастолічний АГ на 30-й хв операції, у порівнянні з початковим рівнем збільшувався на 17,4% при незмінному систолічному, що відповідно призвело до зменшення пульсового тиску. Середньодинамічний АТ виріс на 10%, що ймовірно призвело до збільшення ударної роботи лівого шлуночка на 13%. Загальний периферійний опір судин став більше на 16%, що вірогідно пов'язано зі зниженням хвилинного об'єму крові.

Характер змін у «покрашеному» положенні для літотомії на 30-й хв. операції в порівнянні з показниками на початку операції носив дещо інший характер. Так, діастолічний АТ залишався на попередньому рівні, систолічний тиск, навпаки, виріс, що призвело до збільшення пульсового тиску на 5,5%. Хвилинний об'єм крові збільшився, внаслідок чого загальний периферійний опір судин зменшився на $101,0 \pm 19,3$ дин-с-см⁻⁵.

Порівняльна характеристика показників гемодинаміки у традиційному і «покрашеному» положенні для літотомії на 30-й хв операції продемонстрували наступні зміни: систолічний тиск у «покрашеному» положенні для літотомії в порівнянні с традиційним знижувалась на 2,9%, діастолічний - на 21,3%, що відповідно відобразилось на показнику пульсового тиску, який збільшився на $17,1 \pm 1,9$ мм рт.ст.

Таблиця 1. Динаміка змін показників гемодинаміки при проведенні ТУРПЗ (х±Sx)

№ п/п	Показники гемодинаміки	Традиційне положення, n=57		Покращене положення, n=62	
		Початок ТУРПЗ	30 ^{хв} ТУРПЗ	Початок ТУРПЗ	30 ^{хв} ТУРПЗ
1	АТ _с , мм рт.ст.	129,5±2,12	128,1±1,17	120,1±1,19**	124,4±1,13***
2	АТ _д , мм рт.ст.	79,4±1,15	93,2±0,98*	71,3±1,17**	73,2±0,88**
3	АТ _п , мм рт.ст.	49,9±0,81	34,7±0,74*	49,1±0,83	51,8*0,71***
4	САТ, мм рт.ст.	96,1±0,78	104,8±0,92*	87,5±0,77**	90,7±0,89***
5	ЧСС, с ⁻¹	71,2±1,14	65,3±1,03*	69,4±1,18	70,1*0,99**
6	УОК, мл	69,1 ±1,7	71,3±1,3	58,1±1,7**	63,7*1,4***
7	ХОК, л/хв.	5,0±0,09	4,7±0,05*	4,0±0,07**	4,4*0,07***
8	УРЛШ, Дж	90,3±0,80	102,1±0,88*	68,7±0,70**	78,3*0,91***
9	ХРЛШ, кДж	6,3±0,07	6,7±0,06*	4,8±0,08**	5,4±0,07***
10	ЗПОС, дин с см ⁻⁵	1538±57,3	1784±64,7*	1750±60,2	1649±62,0*

* - достовірність змін показників гемодинаміки на 30^{хв} оперативного втручання по відношенню до початкового

** - достовірність змін показників гемодинаміки у покращеному положенні для літотомії по відношенню до відповідних показників при традиційному положенні, р<0,05.

АТ_с - систолічний артеріальний тиск;

АТ_д - діастолічний артеріальний тиск;

АТ_п - пульсовий артеріальний тиск;

САТ - середньодинамічний артеріальний тиск;

ЧСС - частота серцевих скорочень;

УОК - ударний об'єм крові;

ХОК - хвилинний об'єм крові;

УРЛШ - ударна робота лівого шлуночку;

ХРЛШ - хвилинна робота лівого шлуночку;

ЗПОС - загальний периферійний опір судин;

Ударна робота лівого шлуночку в «покрашеному» положенні для літотомії зменшилась на $23,8 \pm 1,8$ Дж (А, р<0,05), що підкреслює більш економну роботу серцевого м'язу. Частота виникнення ТУР-синдрому у традиційному положенні склала 3,51% (2 випадки розвитку ТУР-синдрому легкого ступеню) і відсутність його у пацієнтів у «покрашеному» положенні для літотомії.

ВИСНОВКИ

Операція трансуретральної резекції передміхурової залози у традиційному або «покрашеному» положеннях для літотомії має суттєвий вплив на показники гемодинаміки. Разом з тим, «покрашене» положення для літотомії з точки зору фізіологічних аспектів є більш переважним, оскільки його використання призводить до зниження ударної роботи лівого шлуночка, що збільшує спроможність серцево-судинної системи до демпфування рідинного навантаження під час ТУРПЗ і дозволяє значно знизити ризик розвитку ТУР-синдрома.