

# РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.П. Пасечников<sup>1</sup>, Н.А. Сайдакова<sup>1</sup>, В.В. Кузнецов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

<sup>2</sup> КУ «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь

**Введение.** Профилактика послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений (ИВО) по известным причинам является актуальной проблемой современной хирургии и урологии, в частности. Однозначно признано, что первое место в структуре послеоперационных осложнений занимает инфекция мочевыводящих путей (ИМП) [1, 2, 10, 17, 21, 24]. Больные урологического профиля выделяются среди других пациентов с точки зрения особой опасности их развития в связи со спецификой диагностики и лечения, одним из проявлений которой являются инвазивные вмешательства, широкое использование дренажей и катетеров. Способствует этому характер течения заболеваний, отягощенных нарушением уродинамики на разных уровнях по обструктивному типу и протекающих на неблагоприятном фоне наличия хронического пиелонефрита [4, 7, 8]. На сегодня, в силу важности проблемы, она выделена в отдельное направление. В информационных ресурсах ей посвящено большое количество разноплановых работ, существуют основные положения, разработаны соответствующие схемы мероприятий [8, 10, 15]. Однако частота ИВО не уменьшилась с годами, на что указывают большинство авторов; согласно их данным они имеют место в 60% случаев [18, 20]. Дальнейшее улучшение ситуации связано с совершенствованием принципов профилактики ИВО, которая, как отмечается в публикациях, может быть достигнута благодаря системному, комплексному персонифицированному подходу. Это означает должный учет не только нозологических форм, но и индивидуальных особенностей больного, что возможно при владении информацией о факторах риска возникновения ИВО.

Изложенное послужило мотивацией к разработке стратегии и программы профилактики ИВО у больных доброкачественной гиперпла-

зией предстательной железы (ДГПЖ), как одной из распространенных патологий в структуре госпитализированных и оперированных урологических стационаров [3, 13, 22, 23]. Имеет также значение количества ИВО у этой категории больных: 40–70% [9, 19, 15, 25]. Своевременность решения вопроса определена с ростом числа возбудителей, резистентных к антибактериальным препаратам, которые являются неременной ее составляющей. Имеет значение появление на рынке современных инновационных технологий по обеспечению процедуры хирургического вмешательства, средств медицинского досмотра и ухода за больным, новых возможностей асептики и антисептики, а также фармакологических препаратов. Надо полагать, что систематизация опыта вместе с использованием новых разработок позволят реально уменьшить количество ИВО при оказании помощи больным ДГПЖ.

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с позиции системного комплексного подхода к профилактике послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений на основании соблюдения существующих принципов, с помощью инновационных медицинских технологий, современных изделий медицинского оснащения.

**Материалы и методы исследования.** Базой исследования была городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова г. Севастополя. В работу вошли 208 больных, прооперированных в 2008–2010 гг. по поводу ДГПЖ. Они были разделены на две группы с тем, чтобы с помощью результатов сравнительного анализа доказать или опровергнуть предложенную стратегию и тактику осуществления системной комплексной профилактики ИВО. Поэтому логично, что одна из них, группа исследования (117 больных) была представлена прооперированными в 2011–2012 гг. при

соблюдении персонифицированного подхода к предупреждению послеоперационных ИВО. Естественно, вторую группу сравнения (91 больной), составили те, процесс оказания помощи которым в 2008–2010 гг. осуществлялся без использования предложенной программы профилактики. В исследование вошли пациенты после открытой простатэктомии и ТУР, как наиболее распространенных на сегодня видов хирургического лечения. Диагнозы были верифицированы на основе данных стандартных методов исследования, предусмотренных клиническими протоколами. Типологическим отбором была обеспечена идентичность групп изучения по главным сравниваемым параметрам. Основные положения системной программы комплексной профилактики послеоперационных ИВО у больных ДГПЖ опубликованы [5, 6, 8, 11, 12, 16]. Вместе с тем, считаем целесообразным остановиться на ключевых ее элементах. Прежде всего признанной является необходимость соблюдения общепринятых позиций профилактики с точки зрения системного подхода, предусматривающего участие взаимозависимых лечебно-профилактических учреждений: поликлиника – стационар – поликлиника. Для каждого из них разработан комплекс соответствующих мероприятий. Учитывая цель работы, отметим принципиальные положения профилактики на госпитальном этапе, среди которых выделены предоперационные, операционные и послеоперационные. Они дифференцированы зависимо от наличия факторов риска, информационной оценке которых было посвящено отдельное исследование, а также плановой и срочной помощи. В отдельных случаях при этом широко привлекались условия дневного стационара. Обеспечивалось четкое разделение потоков больных, формирование палат с учетом риска госпитальной инфекции, минимизация предоперационного периода. Использовался в качестве подготовки к операции в случаях необходимости раствор Аргодерм® [14]. Обращалось внимание на строгое соблюдение процедуры санитарно-гигиенических мероприятий больными и медперсоналом повседневно и прицельно во время ухода и манипуляций. Здесь отметим активно-конструктивную направленность всех мероприятий, суть которой в привлечении к ним пациентов, родственников и специальном обучении, подготовке младшего и среднего медицинского персонала. Особый акцент придавался использованию современных возможностей и принципов борьбы с госпитальной и катетерассоциированной инфекцией (закрытые дренажные системы, время катетеризации);

средств асептики, антисептики, например, антибактериальной липкой пленки, обеспечивающей стерильность операционного поля весь период хирургического вмешательства. Подчеркнем значение выбора оптимальных препаратов для антибиотикопрофилактики и эмпирического лечения при отсутствии данных бактериологического исследования. Ему способствовал созданный формуляр препаратов на основе трендового мониторинга возбудителей инфекции среди больных рассматриваемого отделения, что отвечает условиям противодействия госпитальной инфекции. Обобщая вышесказанное отметим, что за основу комплексной профилактики приняты общепринятые ее принципы, которые расширены и дополнены специфическими и неспецифическими мероприятиями, базовую основу которых составили современные инновационные технологии.

Критериями оценки были: частота и структура послеоперационных ИВО, динамика общепринятых клинико-лабораторных данных, время пребывания в стационаре, качество жизни, количество обращений в поликлинику первые 3 месяца после выписки из стационара, число случаев и длительность временной утраты трудоспособности. А также специальные показатели – индекс и коэффициент эффективности [26].

В работе использованы: общеклинические методы исследования, при необходимости УЗИ и рентгенологические, урофлоуметрия, международная система оценки заболеваний предстательной железы и оценке качества жизни; полученные результаты поддавались статистической обработке, достоверность различий сравниваемых параметров устанавливалась с помощью критерия Стьюдента, индекс и коэффициент эффективности рассчитывались по известным формулам.

**Результаты и их обсуждение.** Определяющим критерием эффективности того или иного вида лечения и, в частности, предложенных мероприятий по его улучшению являлись частота и структура послеоперационных ИВО, у прооперированных по поводу ДГПЖ. Установлено, что достоверно меньше их было у больных исследуемой группы, – у 14 (11,9±3,1%) и у 23 (25,2±4,5%) – в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Отметим, что со статистически доведенной разницей среди последних у 20 (87,0±7,0%) было несколько осложнений, тогда как в первой – у 2 из 14 (14,2±9,3%). В контексте работы среди осложнений следует выделить воспалительные заболевания мочевыделительных путей, половых органов и, собственно, инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ), т.е. нагное-

ние послеоперационной раны. В табл. 1 представлена структура осложнений в зависимости от групп наблюдения. Учитывая однотипность осложнений, отсутствие статистически значимых различий их частоты у больных, перенесших простатэктомию и ТУР, приведем данные в разрезе групп наблюдения: исследования (первая) и сравнения (вторая).

Следует подчеркнуть, что наиболее часто сочетались такие осложнения как острый пиелонефрит и нагноение раны, обострение хронического простатита и острый орхоэпидидимит, цистит и уретрит. Прослежено также, что практически у всех больных с ИВО в послеоперационном периоде наблюдалась сопутствующая патология в виде хронических воспалительных заболеваний других органов и систем. Это подчеркивает важность комплексного подхода к профилактике. Более того, заметим, хотя это и не было задачей исследования, наличие их обострений у 3 и 7 больных соответственно по группам в виде бронхита, пневмонии, гастрита, холецистита. В первой группе доля таких случаев была больше:  $21,4 \pm 10,0\%$  против  $30,4 \pm 9,5\%$ , однако  $p > 0,05$ . Прокомментируем осложнения со стороны мочевыводящих путей. Среди общего количества на них приходилось  $50,0 \pm 10,5\%$  – в группе исследования и у  $72,0 \pm 6,8\%$  – в группе сравнения; разница достоверна. В их перечень входили острый пиелонефрит, острый цистит, острый уретрит и только по двум последним патологиям группы отличались между собой. Достоверно чаще в группе сравнения, где не были задействованы предложенные новые технологии профилактики ИВО, в послеоперационном периоде возникал острый цистит (у 13 из 23 –  $56,5 \pm 10,2\%$  против 4 у 14 –  $28,5 \pm 12\%$ ;  $p < 0,05$ ) и острый уретрит (у 12 из 23 –  $52,2 \pm 10,1\%$  против 4 у 14 –  $28,5 \pm 12,0\%$ ;  $p < 0,05$ ). В то время как по частоте острого пиелонефрита разница не

прослеживалась ( $26,1 \pm 9,1\%$  и  $28,5 \pm 12,0\%$ ;  $p > 0,05$ ). Таким образом, осложнения в большей степени относились к нижним мочевыводящим путям и полученная разница по результатам сравнения, с одной стороны, подтверждает эффективность проводимых мероприятий и, с другой, – объективизирует необходимость дальнейшего поиска возможностей предупреждения их развития.

Достоверные различия были достигнуты также и по частоте возникновения инфекции в области хирургического вмешательства. Так, поверхностная инфекция в области раны наблюдалась у 1 из 14 ( $7,1 \pm 6,5\%$ ) больных в первой группе и у 5 из 23 ( $21,7 \pm 7,1\%$ ) в группе сравнения. Целесообразно обратить внимание, что полученный положительный клинический эффект относительно ИОХВ, которая напрямую связана с госпитальной инфекцией, является ярким доказательством результативности комплекса предложенных средств, используемых для ее профилактики на всех этапах оказываемой специализированной помощи. Меньше всего было осложнений со стороны половых органов, которые проявлялись в виде острого простатита и орхоэпидидимита. Более того, между обеими группами разницы в их частоте не было, хотя в исследуемой они зафиксированы в 2 раза реже. А именно: у 3 из 14 и у 7 из 23 соответственно в группах исследуемой и сравнения ( $18,7 \pm 7,1\%$  и  $16,3 \pm 4,5\%$ ;  $p > 0,05$ ).

Важно отметить, что эффективность предложенных мероприятий проявлялась не только в достоверно меньшем количестве осложнений инфекционно-воспалительного характера, но и в особенностях их течения в случаях возникновения. А именно: менее длительном и менее выраженном проявлении процесса, что подтверждено клинико-лабораторными данными.

Для оценки результатов оперативного вмешательства анализировались симптомы заболе-

Таблица 1  
Структура послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений

Осложнения	Первая			Вторая			p
	Исследуемая группа n=14			Группа сравнения n=23			
	Абс.	%	$\pm m$	Абс.	%	$\pm m$	
Острый пиелонефрит	4	28,5	12,0	6	26,1	9,1	$p > 0,05$
Острый цистит	4	28,5	12,0	13	56,5	10,2	$p < 0,05$
Острый уретрит	4	28,5	12,0	12	52,2	10,1	$p < 0,05$
Острый орхоэпидидимит	1	7,1	6,8	2	8,7	5,8	$p > 0,05$
Острый простатит	2	14,2	9,3	5	21,7	7,7	$p > 0,05$
Инфекция в области хирургического вмешательства	1	7,1	6,5	5	21,7	7,1	$p < 0,05$
Общее количество осложнений	16	–	–	43	–	–	–

вания с выяснением их особенностей в предоперационном и послеоперационном периодах с помощью Международной системы суммарной оценки заболеваний предстательной железы в баллах (IPSS), в т. ч. шкалы, оценивающей качество жизни (QoL). Результаты обследования изучались в динамике с периодичностью 1 месяц, 6 и 12 месяцев. Изменения симптоматики приведены в табл. 2.

Из данных табл. 2 видно, что средние значения IPSS при поступлении в исследуемой группе составили для пациентов, которым планировалась простатэктомия  $23,9 \pm 2,9$  и  $23,1 \pm 3,0$  балла у тех, кому в последующем выполнялась ТУР простаты. В группе сравнения результаты были следующими:  $22,6 \pm 2,3$  и  $22,0 \pm 2,3$  балла соответственно. Приведенные данные свидетельствуют об однородности групп по выраженности симптоматики. Естественно однотипной была ответная реакция после операции независимо от ее вида у всех пациентов. Кроме того, прослеживается факт, что за интенсивностью положительной динамики выделяются больные, перенесшие ТУР, особенно в группе исследования, что можно считать лишним подтверждением ее преимущества перед простатэктомией.

Анализ качества жизни больных в группах изучения позволил выявить ряд особенностей, которые прослеживаются в материалах табл. 3.

Конкретизируем положение. Качество жизни, безусловно, зависит от времени. Имеется в

виду до оперативного вмешательства, при выписке и в последующие сроки наблюдения (1, 6, 12 мес.). Во всех случаях с каждым обследованием отмечается положительная динамика. Однако среди больных исследуемой группы, как после простатэктомии, так и ТУР, уже при выписке величины показателей статистически отличались, сохраняя подобный характер динамики и дальше в результате чего к 1 месяцу больные достигали хорошего качества жизни, что нашло свое объективное подтверждение. В группе сравнения процесс был несколько замедленным, снижение показателя также отличалось, но не было статистически значимым и хорошее качество жизни отмечено только спустя 6 мес. Сравнение показателей обеих групп при простатэктомии и между группами при ТУР не позволили выявить существенных различий. Приведенные данные свидетельствуют и подтверждают прямую связь уровня качества жизни с отсутствием проблем с мочеиспусканием. Факт более быстрого достижения хорошего качества жизни в первой группе, где осуществлялись предложенные мероприятия, надо полагать, есть следствием меньшего числа ИВ осложнений и времени их купирования. Для объективизации выданного предположения приведем отдельно сравнительный анализ среди больных с ИВО и без них. По понятным причинам соответствующие данные представлены только в группе исследования. При одинаковых выходных показа-

Таблица 2

Динамика симптоматики по шкале IPSS у больных с ДГПЖ до и после операции в группах наблюдения (в баллах)

Время исследования	Простатэктомия		ТУР	
	Группа исследования	Группа сравнения	Группа исследования	Группа сравнения
До операции	$23,9 \pm 2,9$	$22,6 \pm 2,3$	$23,1 \pm 3,0$	$22,0 \pm 2,3$
Через 1 мес.	$14,1 \pm 1,1$ <sup>1</sup>	$15,5 \pm 1,3$	$9,5 \pm 1,2$ <sup>1</sup>	$14,3 \pm 1,3$ <sup>1</sup>
Через 6 мес.	$5,2 \pm 1,3$ <sup>1</sup>	$8,1 \pm 1,5$ <sup>1</sup>	$3,7 \pm 1,4$ <sup>1</sup>	$6,7 \pm 1,5$ <sup>1</sup>
Через 12 мес.	$4,2 \pm 1,2$	$5,9 \pm 1,3$	$2,9 \pm 1,4$	$4,7 \pm 1,6$

Примечание: <sup>1</sup> – достоверность различий каждой последующей величины к предыдущей в столбике;  $p < 0,05$ .

Таблица 3

Динамика качества жизни больных после хирургического лечения по поводу ДГПЖ по группам наблюдения (в баллах)

Время исследования	Простатэктомия		ТУР	
	Группа исследования	Группа сравнения	Группа исследования	Группа сравнения
До операции	$4,6 \pm 1,1$	$4,3 \pm 1,2$	$5,0 \pm 0,9$	$4,6 \pm 1,2$
При выписке	$2,8 \pm 0,5$ <sup>1</sup>	$3,2 \pm 1,0$	$2,5 \pm 0,6$ <sup>1</sup>	$2,7 \pm 1,0$
Через 1 мес.	$1,6 \pm 0,4$	$2,1 \pm 0,3$ <sup>1</sup>	$1,5 \pm 0,5$	$1,9 \pm 0,9$ *
Через 6 мес.	$1,3 \pm 0,3$	$1,6 \pm 0,5$	$1,1 \pm 0,4$	$1,5 \pm 0,3$

Примечание: <sup>1</sup> – разница достоверна к базовым данным;  $p < 0,05$ .



телях  $4,4 \pm 1,0$  и  $4,2 \pm 0,9$  балла у больных, которые в последующем не имели (103 чел.) и имели (14 чел.) осложнения при выписке прослежены различия. Так, смешанное чувство по сумме баллов ( $3,1 \pm 0,2$ ) оценивали качество жизни пациенты в случаях осложнения, тогда как у остальных оно было удовлетворительным ( $2,6 \pm 0,6$  балла). Сохранялись различия и в последующие сроки наблюдения. Через месяц после операции большая часть отмечала хорошее самочувствие (103 чел. –  $1,5 \pm 0,3$  балла) в то время как те, которые имели осложнения, были отнесены к категории удовлетворительного состояния ( $2,2 \pm 0,1$  балла). Через полгода все опрошенные имели хорошее качество жизни, хотя, среди имеющих осложнения в анамнезе, показатели были статистически хуже:  $1,2 \pm 0,3$  и  $1,7 \pm 0,2$  балла соответственно.

Практика использования предложенного комплекса мероприятий профилактики ИВО, кроме обеспечения в достоверно большем числе случаев положительного клинического результата, существенно позитивно отразилась на социально-экономической эффективности оказы-

ваемой помощи. Опосредствованным подтверждением сказанного служили такие критерии: длительность госпитализации, количество посещений после операции в течение 3 месяцев, число случаев временной утраты трудоспособности, а также ее продолжительность. Результаты сравнительного анализа представляются следующим образом. В частности, в случаях как простатэктомии, так и ТУР, достоверно различался дооперационный период госпитализации в группах исследования и сравнения. А именно: в первой из них средний койко-день равнялся  $1,2 \pm 0,5$  и  $0,9 \pm 0,5$  соответственно, тогда как в другой, группе сравнения, –  $3,4 \pm 1,4$  и  $2,5 \pm 1,0$ . Общая длительность пребывания больных в стационаре при ТУР также была достоверно меньшей, когда проводилась целенаправленная профилактика, она составила  $5,1 \pm 0,8$  против  $7,9 \pm 1,7$  дня. В тоже время при простатэктомии разница койко-дней, будучи также меньшей, не достигала статистического отличия:  $10,3 \pm 1,2$  и  $13,5 \pm 1,8$  дня соответственно. В табл. 4 подана информация о частоте посещений больных к врачам поликлиники с учетом оказанного хирургического лечения.

Таблица 4

Количество посещений после операции в группах наблюдения ( $M \pm m$ )

Время исследования	Простатэктомия		ТУР	
	Группа исследования	Группа сравнения	Группа исследования	Группа сравнения
Первый месяц	$4,5 \pm 0,6$ <sup>1,2</sup>	$5,9 \pm 0,8$ <sup>2</sup>	$3,1 \pm 0,7$ <sup>1,2</sup>	$4,5 \pm 0,5$
Второй месяц	$2,1 \pm 0,6$ <sup>1,2</sup>	$3,2 \pm 0,5$ <sup>2</sup>	$2,0 \pm 0,4$ <sup>2</sup>	$2,8 \pm 0,6$
Третий месяц	$1,3 \pm 0,5$	$1,8 \pm 0,5$ <sup>2</sup>	$1,2 \pm 0,4$	$1,5 \pm 0,5$

Примечания: <sup>1</sup> – разница достоверна между величинами в строчке;  $p < 0,05$ ;

<sup>2</sup> – разница достоверна между величинами в столбике;  $p < 0,05$ .

Согласно данным табл. 4, разница в группах достоверна первые два месяца как среди пациентов после простатэктомии, так и ТУР. Причем, что вполне логично, число обращений в первый месяц практически в два раза было большим, чем в последующий. Только в течение третьего месяца количество визитов в поликлинику соответствовало требованиям диспансерного наблюдения. Среди обеих групп число случаев нетрудоспособности в процентном отношении оказалось почти одинаковым: 46 ( $39,3 \pm 4,5\%$ ) пациентов в исследуемой и 32 ( $35,2 \pm 5,0\%$ ) в группе сравнения. Особенность была только в сроках пребывания на больничном листе. После простатэктомии они составляли  $29,0 \pm 3,0$  и  $38,4 \pm 5,9$  дня соответственно ( $p < 0,05$ ); после ТУР длительность была в 1,5 раза меньше, хотя статистической разницы в показателях достигнуто не было:  $23,8 \pm 5,8$  и  $35,0 \pm 5,0$  дней.

Принимая во внимание, что основным критерием принято считать наличие ИВО, на основе соответствующих показателей был рассчитан индекс и коэффициент эффективности. Их величины составили 2,1 и 52,8%, что свидетельствует во сколько и на сколько процентов достигнутые результаты были лучше благодаря использованию предложенного комплекса мероприятий.

#### Выводы.

В результате использования предложенного системного подхода к профилактике послеоперационных ИВО у больных ДГПЖ стало возможным их достоверно уменьшить с  $25,2 \pm 4,5\%$  до  $11,9 \pm 3,1\%$ .

Структура послеоперационных осложнений инфекционно-воспалительного характера у больных после простатэктомии и ТУР идентична, однако в случаях соблюдения системной профилактики достоверно меньше доля инфекции области раны, острого уретрита, острого цистита.

При соблюдении принципов профилактики в случаях возникновения ИВО их было несколько только у 14,2±9,3 пациента (против 87,0±7,0 в группе сравнения), клиническая картина менее выраженной и более короткой по срокам нормализации соответствующих показателей.

Результативность комплекса мероприятий по профилактике ИВО проявлялась в достоверно меньшем предоперационном периоде, количестве обращений в первые два месяца после госпитализации, а в случаях нетрудоспособности — ее сроками, подтверждена она специально рассчитанными показателями — индекс и коэффициент эффективности.

## Список литературы

1. Аполихин О.И. Международное эпидемиологическое исследование внутрибольничной инфекции почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов / О.И. Аполихин, Т.Е. Перепанова, П.Л. Хазан // *Инфекционный контроль*. — 2012. — № 1. — С. 9–10.
2. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози у структурі госпіталізованої захворюваності та оперативних втручань / Н.А. Сайдакова, Л.М. Старцева, В.В. Кузнецов, В.С. Грицай // *Здоровье мужчины*. — 2009. — № 1. — С. 172–178.
3. Инновационные стратегии снижения риска хирургической раневой инфекции / E. Charles, Jr. Edmiston, Candace J. Krepel, Patti J. Wilson [et al.] // *Эксперимент. и клин. урология*. — 2012. — № 3. — С. 79–88.
4. Возіанов С.О. Передміхурова залоза та її доброякісна гіперплазія / С.О. Возіанов, М.Р. Гжегоцький, О.В. Шуляк [та ін.]. — Львів: Кварт, 2004. — 343 с.
5. Кузнецов В.В. Состояние помощи пациентам с ДГПЖ в урологическом стационаре городской больницы / В.В. Кузнецов // *Урология*. — 2013. — Т. 17, № 1. — С. 15–22.
6. Кузнецов В.В. Факторы риска развития послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений у пациентов с ДГПЖ и оценка их информационной значимости / В.В. Кузнецов // *Журнал Гродненского гос. мед. ун-та*. — 2013. — № 4. — С. 65–69.
7. Лісовий В.М. Можливості ретроперитонеальної ендовідеоскопічної хірургії у лікуванні хворих на обструкції верхніх сечових шляхів / В.М. Лісовий, В.І. Савенков // *Мат-ли з'їзду Асоціації урологів України, 16–18 вересня, 2010 р., м. Одеса*. — Дніпропетровськ: АртПрес, 2010. — С. 304–308.
8. Лопаткин Н.А. Урология. Национальное руководство / Н.А. Лопаткин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
9. Мартов А.Г. Послеоперационные осложнения новых трансуретральных эндоскопических операций на предстательной железе / А.Г. Мартов, С.И. Корниенко, Д.В. Ергаков // *Мат-лы XI съезда урологов России, 6–8 ноября 2007 г., Москва*. — М.: [б.и.], 2007. — С. 530–531.
10. Митрохин С.Д. Инфекционные осложнения в хирургии: антибактериальная профилактика и терапия / С.Д. Митрохин // *Инфекции и антимикробная терапия*. — 2002. — № 2. — С. 50–58.
11. Наш опыт профилактики послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений у больных с ДГПЖ на фоне ОЗМ / В.В. Кузнецов // *Мат-лы конф.: Урология и нефрология: вчера, сегодня, завтра, 2012 г., г. Харьков*. — Х.: [б.и.], 2012. — С. 217.
12. Опыт применения свечей Витапрост и Витапрост форте в послеоперационный период у больных после трансуретральной резекции аденомы предстательной железы / В.В. Кузнецов, Л.Г. Мирзоян // *Здоровье мужчины*. — 2011. — № 4. — С. 66–69.
13. Пасєчніков С.П. Вплив інфікованості *Chlamidia trachomatis* на виникнення ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози / С.П. Пасєчніков, М.В. Мітченко, В.С. Грицай [та ін.] // *Імунологія та алергологія*. — 2011. — № 4. — С. 103–104.
14. Пат.№ 83022, UA, МПК (2013.01) : А61К 35/00, А61К 38/00. Спосіб профілактики та лікування інфекційно-запальних ускладнень після епіцистостомії / Пасєчніков С.П., Кузнецов В.В., Рябушко В.І., Єрохін В. Є. (UA); НМУ ім.О.О. Богомольця, БПМ ім.О.О. Ковалевського НАНУ (UA); № и201302134, 20.02.2013; Оуб.27.08.2013, Бюл. № 16.
15. Переверзев А.С. Инфекции и воспаление в урологии / А.С. Переверзев, М.И. Коган. — М.: АБВ-пресс, 2007. — 224 с.
16. Прозорі розрізувані плівки в профілактиці післяопераційних гнійно-септичних ускладнень / В.В. Кузнецов // *Мат-лы науч.-практ. конф. с междунар. участием : Инновационные аспекты технологий в урологии, 22–23 березня 2012 р., м. Київ*. — К.: [б.в.], 2012. — С. 52.
17. Российские национальные рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» / Под ред. Н.А. Лопаткина, О.И. Аполихина, Д.Ю. Пушкаря, А.А. Камалова, Т.С. Перепановой. — М., 2014 г.

18. Салманов А. Г. Визначення рівня розповсюдження інфекцій у ділянці хірургічних втручань із використанням стандартних критеріїв захворювань / А.Г. Салманов // Укр. журнал екстремал. медицини ім. Г.О. Можжаєва. — 2007. — Т. 4, № 4. — С. 49–51.

19. Саркулова М.Н. Характер и этиологическая структура внутрибольничной инфекции у урологических больных / М.Н. Саркулова // Урология. — 2006. — № 1. — С. 19–22.

20. Tenke P. Европейско-азиатские рекомендации по ведению пациентов с инфекциями, связанными с уретральным катетером, и профилактике катетерассоциированных инфекций / П. Тенке, Б. Ковач [и др.] // Урология. — 2008. — № 6. — С. 84–91.

21. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs / B. Foxman // Am. J. Med. — 2002. — V. 113, Suppl. 1A. — P. 5–13.

22. Population based trends in the surgical treatment of benign prostatic hyperplasia / F.R. Schroeck, J.M. Hollingsworth, S.R. Kaufman [et al.] // J. Urology. — 2012. — V. 188. — P. 1837–41.

23. Rioux C. The standardized incidence ratio as a reliable tool for surgical site infection surveillance / C. Rioux, B. Grandbastien, P. Astagneau // Infect. Control Hosp. Epidemiol. — 2006. — V. 27. — P. 817–24.

24. Seitz Ch. Rapid extracorporeal shock wave lithotripsy treatment after a first colic episode / Ch. Seitz, H. Fajkovic, M. Remzi // Eur. Urol. — 2006. — N. 49(6). — P. 1099–1106.

25. Surgical wound infection in general surgery / O. Ramos-Luces, N. Molina-Guillen, W. Pillkahn-Diaz [et al.] // Cir Cir. — 2011. — V. 79, N 4. — P. 349–355.

26. Учебное пособие по медицинской статистике / Под ред. Е.Я. Белицкой. — М.: Медицина, 1972. — 174 с.

## Реферат

РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.П. Пасечніков, Н.А. Сайдакова,  
В.В. Кузнецов

Розглянута актуальність комплексного системного, активно-консультативного підходу попередження післяопераційних інфекційно-запальних ускладнень у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози через удосконалення способів профілактики.

Вивчене питання використання інноваційних технологій, специфічних та не специфічних заходів, суттєво доповнюючи загально визнані принципи та положення профілактики. Доведена важливість персоніфікованого вибору заходів із можливих. Об'єктивізована ефективність результатів спеціалізованої допомоги у випадках використання запропонованих нововведень

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, інфекційно-запальні ускладнення, частота, структура, профілактика

## Адреса для листування

Сайдакова Н.А.  
E-mail: ju.patent@gmail.com

## Summary

RESULTS OF THE COMPLEX SYSTEMIC PROPHYLAXIS AGAINST POSTOPERATIVE INFECTIOUS INFLAMMATORY COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

S.P. Pasiechnikov, N.A. Saidakova,  
V.V. Kuznetsov

There has been considered the actuality of a complex systemic actively consultative approach to prevent the postoperative infectious inflammatory complications in patients with benign prostatic hyperplasia by improvement of prophylactic methods. There has been studied the problem of implementation of new innovative technology, specific and non-specific measures essentially adding the generally accepted principles and positions of prophylaxis. There has been proved the importance of a personified selection of means out of possible ones. There has been objectified the effectiveness of the results of a specialized aid in cases using the proposed innovations.

**Key words:** benign prostatic hyperplasia, infectious inflammatory complications, incidence, structure, prophylaxis.