

А.М. Хазимов¹, И.В. Семенякин²**ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ**¹ ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Оренбург)² ГУЗ «Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн»
(Оренбург)

Проанализированы результаты лечения 30 пациентов, перенесших цистэктомию с различными видами отведения мочи. Течение послеоперационного периода у больных после цистэктомии обуславливается объемом выполненной операции, методом деривации мочи, объемом интраоперационной кровопотери, временем восстановления перистальтики кишечника, длительностью лимфорей, возникшими или не возникшими осложнениями и состоянием больного до операции.

Ключевые слова: цистэктомия, рак мочевого пузыря, послеоперационный период

**PECULIARITIES OF POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS
IN EARLY PERIOD AFTER CYSTECTOMY**А.М. Khazimov¹, I.V. Semenyakin²¹ Orenburg State Medical Academy, Orenburg² Orenburg Regional Clinical Psychoneurological Hospital for War Veterans, Orenburg

We analyzed the results of treatment of 30 patients who had cystectomy with different methods of urine diversion. The postoperative course of patients after cystectomy is determined by the extent of the operation, method of urine derivation, volume of intraoperative hemorrhage, time of recovery of intestinal peristalsis, continuance of lymphorrhea, complications (appeared or not), and patient's condition before the operation.

Key words: cystectomy, urinary bladder cancer, postoperative period

Рак мочевого пузыря занимает третье место в структуре онкологических заболеваний мочеполовой системы [1]. В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты заболеваемости. Радикальная цистэктомия является «золотым стандартом» в лечении мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря [2, 3]. Цистэктомия показана при заболеваниях мочевого пузыря неопухоловой этиологии, повлекших за собой нарушение его функции, приводящих к патологическим изменениям верхних мочевых путей. Цистэктомия с кишечной пластикой мочевого пузыря является наиболее сложной и травматичной из операций в урологической практике с высоким риском развития послеоперационных осложнений. Ранние послеоперационные осложнения достигают 10–50 %, послеоперационная смертность, по данным разных авторов, составляет 2,3–26,9 % [1]. Перед врачами стоит серьезный вопрос о тактике послеоперационного ведения больных, перенесших цистэктомию. Подход к ведению больных должен быть комплексным, учитывающим большое количество факторов, влияющих на послеоперационное состояние больного.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 30 пациентов, оперированных в период с 2007 по 2011 гг. в урологическом отделении ГБУЗ «ООКПГВВ». Всем больным была выполнена цистэктомия с различными видами деривации мочи. Средний

возраст пациентов составил 61 год. По поводу инвазивного рака мочевого пузыря в различных стадиях прооперировано 28 больных, цистэктомия по поводу микроцистиса выполнена 2 пациентам. Мужчин было 27, женщин – 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Средняя продолжительность послеоперационного койко-дня составила 39 дней (min – 28, max – 57). Все больные после выполненной операции находились в отделении реанимации, затем переводились в отделение урологии. Средняя продолжительность нахождения в условиях реанимационного отделения составляла 7 дней. С целью обезболивания и профилактики динамической кишечной непроходимости больным проводилось введение препарата Наропин 0,2% в объеме 8–12 мл/час через эпидуральный катетер. Средняя продолжительность использования эпидурального катетера составила 6 суток, катетер удалялся после восстановления активной перистальтики кишечника. При необходимости дополнительного обезболивания использовались наркотические анальгетики, которые вводились внутримышечно через каждые 6 часов. Среднее время применения наркотических анальгетиков составило 4,4 суток.

Для профилактики гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде больным проводилась антибактериальная терапия. Преимущественно использовались антибактериальные препараты широкого спектра действия: цефалоспо-

рины 2–4-го поколения, фторхинолоны, аминогликозиды, противопротозойные и противомикробные препараты. Профилактика тромботических осложнений проводилась низкомолекулярными гепаринами. Средняя продолжительность применения антикоагулянтов составила 7,4 суток. Инфузионная терапия проводилась препаратами: 5% раствор глюкозы, реополиглюкин, дисоль, раствор Рингера, 0,9% физиологический раствор, рефортан. Среднесуточный объем инфузии рассчитывался индивидуально по стандартным формулам, также учитывался суточный диурез, патологические потери жидкости составили 3300 мл/сутки. Средний суточный диурез за время нахождения в реанимационном отделении составлял 1400 мл. Для восполнения белковых потерь в послеоперационном периоде выполнялась внутривенное введение 10% раствора альбумина – 100,0 ежесуточно, аминостерил – 500,0. Препараты использовались в среднем в течение 7 суток, до нормализации показателей биохимического анализа крови (уровень общего белка не менее 50 г/л). По показаниям с целью восстановления клеточного состава крови больным проводилась гемотранфузионная терапия свежезамороженной плазмой и эритроцитарной массой.

Важным прогностическим показателем послеоперационного состояния больного является возникновение перистальтики кишечника. Среднее время «молчания кишечника» у данных больных составило 4 суток, после чего прослушивалась активная перистальтика кишечника и удалялся эпидуральный катетер.

В послеоперационном ведении больных нами использовался принцип как можно более ранней их мобилизации для профилактики осложнений в виде пролежней и застойной пневмонии. Средняя продолжительность адинамии больного составляла 3 суток, после чего больного «активировали»: вначале просто поднимали с постели в сидячее положение, а затем он начинал передвижение по палате.

После перевода из реанимационного отделения в урологическое больные продолжали получать инфузионную, антибактериальную и анальгезирующую терапию. Возможность перорального питания больные получали через 3–5 суток, как

правило, это совпадало с моментом «активации» больного. Вначале назначался 1 стол (по Пивзнеру), протертый с дальнейшим расширением диеты.

Удаление дренажей из брюшной полости в основном зависело от объема лимфодесекции. При объеме менее 50 мл/сутки по дренажу последний удалялся. Среднее время «стояния» дренажей – 9 суток.

Мочеточниковые катетеры удалялись на 14-е сутки. На 21-е сутки после операции при формировании ортотопического мочевого пузыря всем больным с помощью ретроградной цистографии контролировалась резервуарная и емкостная способность артифициального мочевого пузыря, состоятельность пузырно-уретрального анастомоза, функционирование антирефлюксных механизмов мочеточников. При отсутствии патологии уретральный катетер удалялся. С целью улучшения функции удержания мочи больным назначался комплекс упражнений (упражнения Кегеля).

ВЫВОДЫ

Течение послеоперационного периода у больных после цистэктомии обуславливается объемом выполненной операции, методом деривации мочи, объемом интраоперационной кровопотери, временем восстановления перистальтики кишечника, длительностью лимфореи, возникшими или не возникшими осложнениями и состоянием больного до операции. В связи с тенденцией к росту заболеваемости мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря и, следовательно, к росту количества операций по поводу данного заболевания вопросы послеоперационного ведения больных становятся очень актуальными и требуют индивидуального подхода к каждому клиническому случаю и формирования конкретных стандартов послеоперационного ведения данных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. – М.: Вердана, 2001. – 243 с.
2. Рич Дж.П., Д'Амико Э.В. Окоурология. – М., 2011. – 896 с.
3. Hautmann R.E., Abol-Enein H., Hafez K. Urinary diversion // Urology. – 2007. – Vol. 1, N 69. – P. 17–49.

Сведения об авторах

Хазимов Айнура Мухаметгалеевич – аспирант кафедры госпитальной хирургии и урологии ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6; e-mail: hasimov444@mail.ru)

Семенякин Игорь Владимирович – кандидат медицинских наук, врач-уролог психосоматического урологического отделения ГУЗ «Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн» (460021, г. Оренбург, ул. Депутатская, 86; тел.: 8 (3532) 56-01-85; e-mail: iceig@mail.ru)