

УДК 616.65-006.55-089

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

А.К. Кадырбеков, Г.С. Чернецова

Изучено ведение больных после одномоментной чреспузырной аденомэктомии у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы; одномоментная чреспузырная аденомэктомия.

CLINICAL FEATURES OF PATIENTS AFTER DOING SIMULTANEOUSLY TRANSVESICAL PROSTATECTOMY

A.K. Kadyrbekov, G.S. Chernetsova

The article regards the management of patients after simultaneous transvesical prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia.

Keywords: benign prostatic hyperplasia; transvesical-stage prostatectomy.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – распространенное урологическое заболевание у мужчин. Она обнаруживается у 80–84 % мужчин старше шестидесяти лет. Лечение данного заболевания – проблема не только урологическая, но и геронтологическая. С возрастом нередко сочетания запущенных стадий гиперплазии простаты и сопутствующих заболеваний, что отрицательно влияет на исходы лечения.

За последние годы изменились подходы к лечению доброкачественной гиперплазии простаты. Появились эффективные лекарственные препараты, малоинвазивные методы, однако они не решили проблемы – у многих больных заболевание прогрессирует, поэтому потребность в хирургическом лечении по-прежнему велика [1].

Существующие методы лечения ДГПЖ вызывают значительное количество послеоперационных осложнений. В связи с этим большинство работ последнего десятилетия посвящены наиболее часто встречающимся осложнениям – кровотечениям, воспалениям и стриктуре уретры, особенно простатического отдела. На страницах периодической печати постоянно возникают дискуссии по показаниям, выбору метода хирургического лечения, способам гемостаза, профилактики послеоперационных осложнений и летальности [2].

Узловыми вопросами ведения больных после аденомэктомии являются профилактика и лечение послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений, тромбоэмболических осложнений, борьба с кровотечением, предотвращение острой почечной недостаточности и усугубления хронической почечной недостаточности. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий начинают проводить уже при аденомэктомии и в дальнейшем продолжают в палате интенсивной терапии в течение нескольких суток после операции в зависимости от показаний. Непременным условием благополучного исхода аденомэктомии является интенсивная терапия в раннем послеоперационном периоде, направленная на регуляцию объема циркулирующей крови, коррекцию сдвигов кислотно-щелочного равновесия и электролитного баланса, уменьшение азотемии, улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы, нормализация артериального давления, продолжение лечения инфекции мочевой системы, имевшей место до операции. [3]

В первые сутки после аденомэктомии развивается ацидоз смешанного респираторно-метаболического характера с наибольшей степенью выраженности на фоне значительного нарушения функции почек и мочевой инфекции. При этом снижается щелочной резерв крови, что требует

проведения в ближайшем послеоперационном периоде интенсивной терапии, направленной на стабилизацию кислотно-основного состояния, инфузионной терапии. Для коррекции метаболического ацидоза в первые дни после операции для инфузионной терапии применяют растворы с небольшой концентрацией ионов водорода (полиглюкин). Для профилактики легочных осложнений и ликвидации гипоксии проводят оксигенотерапию. В последующие дни в связи с возможным развитием алкалоза применяют растворы с кислой реакцией (реополиглюкин, гемодез). Изменения в составе электролитов крови в раннем послеоперационном периоде связаны с операционной травмой, степенью кровопотери, предшествующим электролитным фоном, степенью нарушения функции почек и выраженностью атеросклеротического процесса со сдвигами в различных сторонах обмена, поэтому лечение должно проводиться соответственно данным ионограммы. Электролитные нарушения наиболее выражены в раннем послеоперационном периоде у больных со вторичным пиелонефритом, у которых отмечается снижение эритроцитного (внутриклеточного) калия при нормальном или несколько повышенном его уровне в плазме крови. Как гипо-, так и гиперкалиемия чреваты опасностью развития нарушений функции сердечно-сосудистой системы, нейромышечной дисфункции. Следует учесть, что ацидоз обуславливает развитие гиперкалиемии, тогда как алкалоз приводит к увеличению поступления калия из плазмы в клетки и нередко сочетается с гипокалиемией. Лечение этих нарушений сводится к уменьшению ацидоза, азотемии, выравниванию кислотно-основного состояния [4].

В раннем послеоперационном периоде большое значение придается восстановлению операционной кровопотери и объема циркулирующей крови. Перераспределение крови в организме в связи с операционной кровопотерей нарушает микроциркуляцию в жизненно важных органах, что угнетает защитные силы организма и снижает сопротивление инфекции. В связи с этим дефицит объема циркулирующей крови влияет на частоту инфекционно-воспалительных осложнений в органах мочеполовой системы. Волемические изменения после аденомэктомии определяются величиной кровопотери. Чем она больше, тем значительно снижается объем циркулирующей крови. Аденомэктомия приводит к уменьшению объема циркулирующей крови, и максимум этих изменений приходится на 1–5-е сутки послеоперационного периода. Коррекция гиповолемии производится в соответствии с показателями объема циркулирующей крови, объема кровопотери, гематокрита [5].

Гладкое течение послеоперационного периода зависит, помимо правильно технически выполненного удаления аденомы, от адекватного дренирования мочевого пузыря. Тщательный гемостаз и свободный отток мочи из мочевого пузыря создают условия для первичного заживления операционной раны, ранней активизации больных, что предупреждает развитие осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, легких, улучшает состояние свертывающей и противосвертывающей системы и снижает риск развития тромбозно-эмболических осложнений, а также в отделениях РНЦУ за 1 сутки с целью тромбозно-эмболических осложнений назначают Фраксипарин или Клексан по 0,2 мг [6, 7].

В раннем послеоперационном периоде большое внимание уделяется орошению мочевого пузыря через уретральный катетер или надлобковую дренажную трубку. Это приводит к механическому очищению полости пузыря и ложа аденомы от сгустков крови, фибрина, слизи, гноя, некротических масс, к лучшему сопоставлению краев ложа аденомы и созданию более благоприятных условий для его эпителизации. Кроме того, правильное и хорошо налаженное отведение мочи из пузыря является лучшим методом профилактики мочевой инфекции инфицированной токсичной мочой, что составляет значительную опасность развития гнойно-воспалительного процесса в стенке пузыря и околопузырной клетчатке с распространением инфекции на верхние мочевые пути. При этом снижается возможность развития контрактуры шейки мочевого пузыря, рубцовых изменений в ложе аденомы и стриктуры предстательной части мочеиспускательного канала.

Для ирригации мочевого пузыря целесообразно использовать раствор, обладающий антисептическим и гемостатическим действием, в состав которого входят метилурацил, риванол, фурацилин, борная кислота, аминакапроновая кислота. Добавление антибиотиков в промывную жидкость, согласно чувствительности к ним микрофлоры мочи, значительно снижает влияние инфекции на течение репаративных процессов в ложе аденомы и воспалительного процесса в мочевом пузыре. Полезно постоянное капельное орошение мочевого пузыря промывание его 0,02%-ным раствором фурацилина с последующей инстилляцией при симптомах цистита 3%-ным раствором колларгола или протаргола. Орошение мочевого пузыря производится со скоростью 60 капель в 1 минуту. Это предотвращает развитие инфекции в связи с воздействием антисептика на патогенную флору, а также уменьшает вероятность возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса. Использование

герметически закрытой системы для промывания пузыря является одной из мер профилактики госпитальной инфекции.

Методика послеоперационного дренирования пузыря определяется тактикой завершающего этапа аденомэктомии. При ушивании стенки пузыря глухим швом послеоперационное дренирование осуществляется катетером Нелатона № 20, введенным в пузырь во время операции. При частичном ушивании раны пузыря его дренирование производится через уретральный катетер и эпицистостомы. Использование двойного дренирования с постоянным орошением указанными антисептиками в течение 3–5 суток предупреждает развитие пузырных осложнений и вторичного кровотечения из ложа аденомы. На 6–7-е сутки удаляется уретральный катетер, потом эпицистостомическая трубка. Непосредственно перед удалением уретрального катетера проводим антибактериальную терапию в соответствии с выделенной патогенной микрофлорой мочи и ее чувствительностью к антибиотикам.

Таким образом, в настоящее время основным методом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы является оперативный метод, и при одномоментной чреспузырной аденомэктомии очень важна тактика ведения послеоперационного периода.

Литература

1. *Лопаткин Н.А.* Урология / Н.А. Лопаткин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 520 с.
2. *Safarik L., Dvoracek J.* Benign hyperplasia of the prostate – a known and unknown disease // *Cas Lek Cesk.* 2006. Vol. 22; 140 (23). P. 717–722.
3. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А.А. Камалов и др. // *Урология.* 2004. № 1. С. 30–34.
4. *Аляев Ю.Г.* Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных ишемической болезнью сердца / Ю.Е. Аляев, Д.Н. Фиев, Ф.Ю. Копылов и др. // *Урология.* 2005. № 1. С. 12–18.
5. *Алчинбаев М.К.* Гиперплазия предстательной железы. Современное лечение. / М.К. Алчинбаев, Е.С. Мамбеталин, М.Н. Саркулова и др. // *Материалы X Российского съезда урологов.* М., 2002. С. 38.
6. *Газымова Д.М.* Гемостаз при аденомэктомии / Д.М. Газымова, Г.Ф. Шилин, В.А. Якимов и др. // *Материалы X Российского съезда урологов.* М., 2002. С. 89.
7. *Varkarakis I., Kyriakakis Z., Delis A., Protogerou V., Deliveliotis C.* Long-term results of open transvesical prostatectomy from a contemporary series of patients // *Urology.* 2004; 64:306–10.