

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, Э.Н. Ситдыков, В.А. Перчаткин

Кафедра урологии (зав. — проф. М.Э. Ситдыкова) Казанского государственного медицинского университета

Согласно данным литературы [1—3], частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных раком мочевого пузыря колеблется от 3,4 до 37,7%. Особую обеспокоенность в этом отношении вызывают острый гнойный пиелонефрит и перитонит. Столь широкий диапазон колебаний частоты послеоперационных гнойных осложнений связан, надо полагать, с различным подходом урологов к выбору метода хирургического вмешательства и тактики ведения больных в послеоперационном периоде. В большинстве случаев гнойно-воспалительные послеоперационные осложнения имеют ятрогенное происхождение (неадекватность оперативного вмешательства, дренирование верхних мочевых путей и мочевого пузыря, полости малого таза). В данном сообщении проанализирована частота причин развития гнойных осложнений, возникших непосредственно в послеоперационном периоде.

В нашей клинике среди хирургических методов используются резекция мочевого пузыря с уретероцистонеостомией и без нее, а также по показаниям цистэктомия и цистопростатвезикулэктомия. С целью выявления частоты и причин возникновения гнойно-воспалительных осложнений изучены истории болезни 618 прооперированных по поводу инвазивных форм рака мочевого пузыря за период с 1977 г.

Средний возраст больных составлял 59,7 года. У 297 (48%) больных была II стадия заболевания, у 273 (44,3%) — III, у 48 (7,8%) — IV.

Резекция мочевого пузыря выполнена у 306 больных, у 119 из них — с уретероцистонеостомией. Цистэктомия с резекцией 2/3 предстательной железы и различными видами отведения мочи произведена у 312 больных: у 16 — де-

ривация мочи в толстый кишечник на протяжении, у 98 — уретерокутанеостомия, в том числе у 3 — трансуретероуретеронефростомия (у 2 из них в последующем был сформирован кишечный мочевой пузырь), у 198 создан искусственный кишечный мочевой пузырь.

Переходно-клеточный рак гистологически диагностирован у 96,1% пациентов. Анализ наших клинических наблюдений показал, что у 187 больных, перенесших резекцию мочевого пузыря без уретероцистонеостомии, пиелонефрит осложнял послеоперационный период крайне редко. Связан он был с дефектом послеоперационного ведения и ухода за пациентами, а именно с перерастяжением резецированного пузыря при промывании его с последующим возникновением пузырно-мочеточниковых рефлюксов. В результате этого у 15 (8%) из 187 оперированных возник серозный пиелонефрит. Адекватная антибактериальная и инфузионная терапия предупредила у больных этой группы развитие гнойного пиелонефрита. После резекции мочевого пузыря с уретероцистонеостомией серозная форма пиелонефрита в послеоперационном периоде возникла у 37,8% больных, гнойная — у 10,1%.

Среди гнойных осложнений апостематозный пиелонефрит был выявлен у 9 больных, карбункул нижнего полюса почки — у 2, абсцесс — у одного. Причинами гнойных осложнений у 5 больных был анастомозит, вызвавший стаз мочи в лоханке вследствие отсутствия мочеточниково-лоханочного дренажа. У 3 пациентов развитие гнойного пиелонефрита было спровоцировано пузырно-мочеточниковым рефлюксом (уретероцистонеоанастомоз им был выполнен по Несбиту). У остальных 4 пациентов гной-

но-воспалительное осложнение возникло из-за нарушения функции мочеточникового дренажа и сдавления уретероцистонеостомии антирефлюксной муфтой.

Лечебные мероприятия при гнойных осложнениях у этих больных заключались в декапсуляции почки и нефростомии, рассечении и дренировании карбункула и нефростомии при абсцессе с последующей антибактериальной и иммунотерапией. Своевременно проведенная адекватная терапия позволила избежать летальных исходов.

Помимо указанных выше причин возникновения гнойного пиелонефрита, факторами риска развития этого осложнения являются инфекция мочевыводящих путей и дооперационная лучевая терапия. Согласно нашим данным, при инвазивной форме рака у 84% пациентов диагностируется бактериурия (кишечная палочка в различной ассоциации).

Профилактика гнойного пиелонефрита после резекции мочевого пузыря с уретерокутанеостомией обеспечивается путем применения антирефлюксной методики пересадки мочеточника с предварительной интубацией его во время наложения анастомоза. К таким же профилактическим мерам относятся дренирование верхних мочевых путей посредством мочеточниковых катетеров в течение 10 дней, эпицистостомия и дренирование малого таза через запирательное отверстие, антибиотикотерапия, при несостоятельности уретероцистонеоанастомоза — пункционная нефростомия.

Основным методом радикального лечения рака мочевого пузыря остается цистэктомия. Наиболее опасным осложнением цистэктомии с формированием кишечного мочевого пузыря является прежде всего перитонит (22,7%). Гнойный пиелонефрит осложнил послеоперационный период у 19,3% больных и послужил основной причиной летальных исходов после этой операции. Наиболее частыми причинами развития перитонита были несостоятельность межкишечного или уретеро-кишечного анастомоза, интраоперационное инфици-

рование брюшной полости. Перитонит был отмечен в 2 раза чаще у больных, у которых для формирования артифициального мочевого пузыря использовался сегмент сигмовидной кишки.

По времени появления симптомов перитонита мы разделили больных на две группы. У 30 больных 1-й группы, у которых перитонит развился в течение первых двух суток с момента операции, этиологическими факторами перитонита были инфицирование брюшной полости во время хирургического вмешательства или недостаточная герметичность уретеро-кишечного анастомоза. Причиной развития перитонита у больных 2-й группы (15 чел.) с более поздними проявлениями симптомов (на 5—7-е сутки) была несостоятельность межкишечного анастомоза, возникающая на фоне выраженного пареза желудочно-кишечного тракта.

Итак, из 198 больных после замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом послеоперационный перитонит был диагностирован у 45 (22,7%) больных, 41 из которых потребовалась релапаротомия. Остальных пациентов не оперировали в связи с тяжелым состоянием. Релапаротомия оказалась эффективной у 20 больных, оперированных на ранних сроках (2—3-и сутки) развития перитонита.

Анализ клинических наблюдений показал, что профилактика перитонита должна осуществляться комплексно с учетом индивидуальных особенностей больных, характера оперативного вмешательства. Она предполагает следующие пред-, интра- и послеоперационные мероприятия: предоперационную подготовку желудочно-кишечного тракта, сочетание эндотрахеального наркоза с интраоперационной новокаиновой блокадой нервного межбрыжеечного тракта. Ослабленным и анемичным больным целесообразны замещение мочевого пузыря сегментом подвздошной кишки, выполнение герметичного двухрядного шва уретеро-кишечного анастомоза, адекватное дренирование кишечного мочевого резервуара, дренирование полости малого таза через запирательное отверстие.

Частота возникновения атак острого пиелонефрита в послеоперационном периоде у больных после цистэктомии зависит от способов деривации мочи, а основными причинами его развития являются уродинамические нарушения и экстрауренальные гнойные осложнения (перитонит). Наиболее тяжелое течение острого гнойного пиелонефрита наблюдалось у 4 больных после уретероколостомии на протяжении. Летальность у больных этой группы достигает 100% в случаях трансплантации мочеточников выше крестцово-поясничного сочленения. Поэтому с целью профилактики послеоперационных осложнений при уретероколостомии мы считаем необходимым производить пересадку мочеточников по Миротворцеву, по Тихову в прямую или тазовый отдел сигмовидной кишки с последующим трансанальным дренированием, которое полностью устраняет стаз мочи и обеспечивает декомпрессию этого отдела кишечника. После цистэктомии с отведением мочи в толстый кишечник своевременное восстановление двигательной активности желудочно-кишечного тракта и дренирование ампулы прямой кишки в течение 2—3 недель, а в последующем в периоде ночного покоя сроком до 6—8 недель предупреждает развитие почечных рефлюксов и гнойных осложнений со стороны верхних мочевых путей.

Профилактика почечных рефлюксов после уретерокутанеостомии обеспечивается лишь при непосредственном дренировании лоханки и хорошей функции этого дренажа.

Как показал наш анализ, пузырно-мочеточниковый рефлюкс возникает после замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом в основном при прямом уретеро-кишечном анастомозе без формирования антирефлюксной муфты (по Несбиту). Основными методами профилактики и лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса после цистэктомии являются замещение мо-

чевого пузыря изолированным сегментом кишечника в сочетании с антибактериальной и стимулирующей функцию мочеточников терапией. Для профилактики воспалительных осложнений (острого пиелонефрита) после цистэктомии и формирования кишечного мочевого резервуара с трансуретральным опорожнением следует отказаться от послеоперационного дренирования мочеточников, ограничившись отведением мочи из кишечного искусственного мочевого пузыря. Это исключит возможность непосредственного инфицирования почек и предотвратит таким образом возникновение или обострение хронического пиелонефрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Драновский В.М., Рязанцев Е.В., Рубцов Ю.С. Материалы VIII пленума Всесоюзного научного общества урологов. — Вильнюс, 1989.
2. Митряев Ю.И., Понукалин А.Н., Михайлова А.А. Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. — Обнинск, 1994.
3. Ситдыков Э.Н., Ситдыкова М.Э. и др. Материалы VII пленума Всесоюзного научного общества урологов. — Казань, 1986.

Поступила 19.06.00.

SUPPURATIVE-INFLAMMATORY COMPLICATIONS AFTER SURGICAL OPERATIONS FOR URINARY BLADDER CANCER

M.E. Sitdykova, A.Yu. Zubkov, E.N. Sitdykov,
V.A. Perchatkin

S u m m a r y

Incidence of suppurative-inflammatory complications after surgical treatment in 618 patients with invasive urinary bladder cancer is studied. The urinary bladder resection is carried out in 306 of them, the cystectomy with various methods of urine removal — in 312 of them. The basic suppurative-inflammatory complications in the postoperative period are acute pyelonephritis and peritonitis. After the urinary bladder resection without ureterocystostomy the seirous pyelonephritis is found in 8% of the patients, with ureterocysto-neostomy — in 37,8% of the patients, the purulent pyelonephritis in 10,1% of the patients. The pyelonephritis and peritonitis complicated the course of cystectomy in 19,3% and 22,7% of the cases, respectively.