

А. В. Быков, И. А. Куликов, А. С. Чугунов

Кафедра хирургических болезней ВолГМУ

ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МОЧЕПУЗЫРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

УДК 616.617-002-083.98

Изучены и проанализированы объем, сроки, характер и ближайшие результаты применения трансуретральных эндовидеоскопических оперативных вмешательств у 61 больного с мочепузырными кровотечениями.

Ключевые слова: трансуретральная резекция, мочепузырное кровотечение, нижние мочевыводящие пути.

A. V. Bykov, I. A. Kulikov, A. S. Chugunov

TRANSURETHRAL SURGERY IN URINARY BLADDER HEMORRHAGE

We studied and analysed the scope, terms nature and immediate results of transurethral endovideoscopic surgery in 61 patients with urinary bladder hemorrhage.

Key words: transurethral resection, urinary bladder hemorrhage, inferior urinary tract.

В настоящее время трансуретральная электрорезекция (ТУР) остается наиболее часто применяемым и высокоэффективным методом лечения больных с патологией нижних мочевыводящих путей. Она является «золотым стандартом» лечения гиперплазии предстательной железы и «местных» опухолей мочевого пузыря. Основное преимущество перед «открытой» операцией состоит в меньшей инвазивности, более легком течении послеоперационного периода, раннем восстановлении мочеиспускания и коротком периоде стационарного лечения [1]. Так, из всех хирургических вмешательств по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) ТУР выполняется у 70—90 % больных [1, 3, 4].

Гемостаз является фундаментом трансуретральных оперативных вмешательств, отличающихся от открытых операций лучшим освещением операционного поля и современной ирригационной техникой [2]. Кроме того, резектоскоп является более удобным инструментом для ликвидации тампонады мочевого пузыря сгустками крови [1]. Это позволяет применять трансуретральные видеоскопические оперативные вмешательства (ТУВ) в ургентной урологической практике при мочепузырных кровотечениях различного происхождения у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. Данные литературы свидетельствуют об актуальности проблемы применения подобных операций в неотложной урологической практике [1, 2, 4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Получение дополнительных данных о возможном использовании трансуретральных видеоскопических оперативных вмешательств при кровотечениях из нижних мочевыводящих путей.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Трансуретральные операции применяются нами с 1993 года. В основу исследования положено 61 наблюдение больных с мочепузырным кровотечением, по поводу чего выполнялись трансуретральные видеоскопические оперативные вмешательства.

Все ТУВ при мочепузырных кровотечениях мы разделили на три группы:

1. Экстренные операции. Вмешательство производилось сразу после постановки диагноза мочепузырного кровотечения, по жизненным показаниям, когда процесс с самого начала имел бурное течение с угрожающей симптоматикой. Таких пациентов было пятеро.

2. Срочные операции, когда ТУВ проводили в связи с безуспешными попытками консервативного лечения (неэффективностью инфузионной гемостатической терапии и прижатием кровоточащих сосудов баллоном катетера Фолея), нестабильностью гемостаза при кровоточащих опухолях мочевого пузыря и предстательной железы. Эти вмешательства производились в период от суток и не позднее 72 часов с момента поступления больного в урологическое отделение после проведенной максимально необходимой предоперационной подготовки (15 больных).

3. Отсроченные операции, когда больные оперированы позже 72 часов при купировании острых процессов консервативно, после коррекции сопутствующей патологии и более детального обследования. Это больные, у которых гемостаз был достигнут после консервативных мероприятий, но не являлся достаточно стабильным, чтобы выпустить пациента из стационара (41 наблюдение).

Мочепузырное кровотечение дебютировало как первый грозный симптом в таких заболеваниях, как опухоли мочевого пузыря (52 случая),

ДГПЖ (7 случаев), злокачественные опухоли предстательной железы (2 случая).

В исследуемых наблюдениях преобладали мужчины (51 больной). Возраст пациентов колебался от 47 до 86 лет, в среднем составлял (65 ± 1) год. имели сопутствующие заболевания 54 человека (88,5 %) (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1

Сопутствующие заболевания в группе больных с мочепузырными кровотечениями (n = 54), абс., (%)

Заболевания	Экстренные n = 5	Срочные n = 15	Отсроченные n = 41	Всего
Сердечно-сосудистые	4 (7,4)	10 (18,5)	22 (40,7)	36 (66)
Сахарный диабет	-	1 (1,8)	4 (7,4)	5 (9,2)
Ожирение	-	1 (1,8)	4 (7,4)	5 (9,2)
Дыхательные	-	-	2 (3,7)	2 (3,7)
ЖКТ	-	-	1 (1,8)	1 (1,8)
Прочие	-	1 (1,8)	4 (7,4)	5 (9,2)
Всего	4 (7,4)	13 (24)	37 (68,5)	54 (100)

Как следует из таблицы, наиболее выраженная, в том числе сочетанная патология, отмечалась в группе больных, которым выполнялись отсроченные операции. По-нашему мнению, это прежде всего результат более детального обследования у наиболее тяжелой категории больных.

В табл. 2 показано, что основным видом ТУВ, выполненного в экстренном порядке, была трансуретральная «деблокада» мочевого пузыря — отмывание его полости через тубус резектоскопа от сгустков крови. Все операции сопровождались биопсией подозрительных участков предстательной железы и/или мочевого пузыря. Во всех случаях был найден источник кровотечения, и оно было остановлено коагуляцией сосудов и вапоризацией подозрительных участков.

Среди срочных оперативных вмешательств с использованием видеоэндоскопического оборудования у больных с геморрагическим синдромом «деблокада» мочевого пузыря через тубус резектоскопа произведена 5 больным. Трансуретральная резекция (ТУР) опухоли мочевого пузыря в срочном порядке выполнена 7 больным.

ТАБЛИЦА 2

Характер и срочность оперативных вмешательств у больных, течение заболевания у которых осложнилось острым геморрагическим синдромом (n = 61)

Операция	Экстренные		Срочные		Отсроченные		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ТУ «деблокада» мочевого пузыря	4	6,5	5	8,2	8	13,1	17	27,8
ТУР ДГПЖ	-	-	2	3,2	2	3,2	4	6,5
ТУР опухоли мочевого пузыря	1	1,6	7	11,4	29	47,5	37	60,6
ТУР шейки мочевого пузыря	-	-	1	1,6	2	3,2	3	4,9
Всего	5	8,2	15	24,6	41	67,2	61	100,0

Наибольшее количество операций (41) выполнено в отсроченном порядке. Приоритет принадлежит ТУР опухолей мочевого пузыря — 29 наблюдений.

«Деблокада» полости мочевого пузыря от сгустков крови произведена у 8 больных, течение болезни у которых осложнилось рецидивом мочепузырного кровотечения в стационаре. ТУР ДГПЖ произведена у 2 больных. ТУР-коррекция «шейки» мочевого пузыря выполнена 2 больным. Отсроченные трансуретральные оперативные вмешательства проведены в тех случаях, когда комплексное консервативное лечение оказывалось малоэффективным, а опухоли мочевого пузыря и предстательной железы явились источником рецидивирующего кровотечения у больных с высоким операционным риском из-за сопутствующей патологии. В этих случаях выписать больного не представлялось возможным из-за нестабильности консервативного гемостаза. Мы не отказывали в операции больным по причине повышенного операционного риска из-за сопутствующей суб- и декомпенсированной интеркуррентной патологии. В этих наблюдениях проводилась терапия, направленная на максимально возможную стабилизацию жизненно важных функций, а затем выполнялась операция. Именно с этим связан сравнительно длительный срок пребывания больного в стационаре перед ТУВ.

Послеоперационные осложнения распределились следующим образом (табл. 3).

ТАБЛИЦА 3

Характер послеоперационных осложнений у больных с мочепузырным кровотечением

Характер послеоперационного осложнения	Срочность трансуретрального вмешательства							
	До суток		До 3 суток		Более 3 суток		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кровотечение	1	1,63	3	4,91	7	11,5	11	18
Острый эпидидимит	0	-	1	1,63	0	-	1	1,63
Острая задержка мочи	0	-	1	1,63	1	1,63	1	1,63
Всего	1	1,63	5	8,2	8	13,1	14	22,9

Как видно из таблицы, послеоперационные осложнения возникли в 22,9 % случаев. Наибольшее число осложнений (13,1 %) отмечено после отсроченных операций, что обусловлено тяжестью этой группы пациентов. В большинстве случаев (18 %) осложнениями были ранние повторные мочепузырные кровотечения, возникшие после ТУВ по поводу опухолей мочевого пузыря. Во всех случаях стойкий гемостаз осуществлен повторным трансуретральным вмешательством с «деблокадой» мочевого пузыря, коагуляцией кровоточащих сосудов с вапоризацией ложа резекции и компрессией баллоном катетера Фолея на 3—4 дня.

В табл. 4 сопоставлено до- и послеоперационное пребывание в стационаре больных с осложненным и неосложненным течением послеоперационного периода.

Как и следовало ожидать, возникновение послеоперационных осложнений приводило к увеличению сроков послеоперационной реабилитации в стационаре (p < 0,05). Следует отметить, что летальных исходов мы не наблюдали.

ТАБЛИЦА 4

Сроки до- и послеоперационного пребывания больных с мочепузырными кровотечениями $M \pm m$ (в койко-днях) в зависимости от наличия послеоперационных осложнений

Наличие послеоперационных осложнений	экстренные		срочные		отсроченные	
	до	после	до	после	до	после
Осложненные	-	-	-	20,2 ± 12,4	10,8 ± 5,7	17,7 ± 9,0
Неосложненные	-	14,5 ± 5,0	2,1 ± 0,5	12,1 ± 5,5	11,6 ± 6,0	14,5 ± 6,0

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение сроков, характера и объема ТУВ показало, что почти у половины больных удается выполнить операцию в необходимом объеме в отсроченном периоде. Однако многие ТУВ выполнялись в экстренном и срочном порядке, что было продиктовано безуспешностью консервативного лечения и продолжающимся кровотечением.

О. Н. Родионова, Э. Ю. Реутова, А. Р. Бабаева

Кафедра факультетской терапии ВолГМУ

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

УДК 616.33/34-008.1-07

У 40 больных функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ФЗ ЖКТ) исследован тиреоидный статус. Средние значения концентрации тиреоидных гормонов у больных функциональной диспепсией (ФД) и синдромом раздраженного кишечника (СРК) достоверно не отличались от аналогичных показателей в контрольной группе. Однако у ряда больных обнаружены функциональные нарушения тиреоидного статуса в виде изменения уровня тиреоидных гормонов, зачастую сочетающиеся с органической патологией в виде кальцинатов и кист малого размера.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, щитовидная железа, свободный Т3, свободный Т4, тиреотропный гормон.

O. N. Rodionova, E. Yu. Reutova, A. R. Babaeva

SOME ASPECTS OF THYROID SATUS IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

We studied thyroid status in 40 patients with functional gastrointestinal disorders. In some patients functional disorders of thyroid status manifested themselves as thyroid hormone level changes, which were frequently combined with the organic pathology such as calcinates and small cysts.

Key words: functional dyspepsia, irritable bowel syndrome, thyroid gland, free T3, free T4, thyroid stimulating hormone.

Несмотря на то, что ФЗ ЖКТ уделяется в современной гастроэнтерологии большое внимание, точные механизмы развития данной патологии во многом до конца не изучены [1]. В последние годы обсуждается роль тиреоидной гормональной системы в формировании клинических проявлений ФД и СРК, поскольку гормоны щитовидной железы (ЩЖ) оказывают значимое влияние на моторику ЖКТ [1, 2]. Однако в целом исчерпывающие данные о содержании тиреоидных гормонов и струк-

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и целесообразности выполнения ТУВ при мочепузырных кровотечениях и необходимости дальнейших исследований в этом направлении.

Предложенная нами рабочая классификация ТУВ позволяет, по нашему мнению, облегчить их систематизацию и унификацию в неотложной урологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левковский Н. С. Трансуретральная резекция предстательной железы и мочевого пузыря. — СПб.: Вита — Нова, 2002. — 200 с.
2. Лопаткин Н. А., Мартов А. Г. Практическое руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. — М.: Триада-М, 1997. — 144 с.
3. Лопаткин Н. А., Мартов А. Г. // Материалы X Российского Съезда урологов. — М., 2002.
4. Lee D. // J. Urol. — 2006. — Vol. 4, I.3. — P. 12—14.

турных изменениях ЩЖ у больных ФД и СРК на сегодняшний день крайне немногочисленны, а стройно сформулированная концепция возможных нарушений тиреоидного статуса у данной категории пациентов пока отсутствует.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

В связи с этим нам представлялось актуальным изучение тиреоидной гормональной системы у больных ФД и СРК.