

Вторичная профилактика послеоперационного цистита у больных поверхностным раком мочевого пузыря

Борзунов И.В. к.м.н., доцент кафедры урологии ГОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург

Secondary preventive measures of postsurgical cystitis among patients with surface bladder cancer

Borzunov I.V.

Резюме

Целью исследования является оптимизация методов профилактики и лечения больных с послеоперационным циститом после трансуретральной резекции (ТУР) мочевого пузыря. За период с 2003 по 2010 год нами было пролечено 982 пациента с диагнозом переходно-клеточный рак мочевого пузыря (РМП) в стадии Tcis - T1. Установлено, что среди пациентов после ТУР мочевого пузыря был диагностирован цистит у 77 (28,1%) женщин и у 179 (31%) мужчин. Выделена группа пациентов (70 мужчин и 22 женщины с неинвазивным РМП), которым был проведен предложенный нами комплекс превентивных реабилитационных мероприятий, что позволило снизить частоту послеоперационного цистита у больных неинвазивным РМП у мужчин до 22,9%, а у женщин до 22,7%.

Ключевые слова: цистит, трансуретральная резекция мочевого пузыря, поверхностный рак мочевого пузыря.

Summary

Main focus of the following research is optimization of prophylaxis and treatment of patients with postsurgical cystitis after transurethral resection (TUR) of bladder. During the period between 2003 and 2010 982 patient with transitional cell carcinoma in stages Tcis - T1 were treated. 77 (28,1%) female and 179 (31%) male patients had cystitis after TUR. Group of patients (70 male and 22 female) were marked out. New complex of rehabilitation measures were used in the following group that allows to decrease the frequency of postsurgical cystitis.

Key words: cystitis, transurethral resection of bladder, surface bladder cancer

Введение

В России с 1993 года отмечен рост числа заболевших раком мочевого пузыря на 26,2% у мужчин и на 24% у женщин. В структуре онкологической заболеваемости населения России РМП находится на 8 месте среди мужчин и на 18 среди женщин. Опухоли мочевого пузыря наиболее часто представлены переходно-клеточным раком. В 65-75% наблюдений РМП характерен неинвазивный, поверхностный рост [1].

Трансуретральная резекция мочевого пузыря с последующей внутривезикулярной химиотерапией или иммунотерапией считается оптимальным методом лечения неинвазивного рака мочевого пузыря. Преимущество ТУР перед открытыми операциями: отсутствие рассечения здоровой ткани при подходе к патологическому очагу; надежный контроль гемостаза; более легкое течение послеоперационного периода и сокращение пе-

риода госпитализации; возможность применения ТУР у пациентов пожилого и старческого возраста с выраженными сопутствующими заболеваниями. Большинство авторов указывают на то, что имеются как интраоперационные, так и послеоперационные осложнения, в том числе и отдаленные. К числу интраоперационных осложнений относятся: кровотечение, перфорация мочевого пузыря, ТУР-синдром, нерадикальное удаление опухоли.

К послеоперационным осложнениям относятся ранние и поздние кровотечения, воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, ирритативные симптомы [2]. По данным ряда авторов, после ТУР мочевого пузыря частота острого и хронического цистита в послеоперационном периоде составляет до 35% [3,4]. Присоединение инфекции мочевого пузыря не только существенно усугубляет течение основного заболевания, но и является важным дополнительным фактором возникновения рецидива РМП.

Лечение цистита в послеоперационном периоде подразумевает проведение эффективной и своевременной антибактериальной терапии при условии восстановления нормальной уродинамики и преследует цель профилактики возможных осложнений: пиелонефрит, уретрит, стриктура уретры [5,6].

Ответственный за ведение переписки -
Борзунов Игорь Викторович,
620021, Екатеринбург, ул. Репина, 3,
E-mail: borzunov@e1.ru,
телефон: 89122449102

Целью исследования является оптимизация методов профилактики и лечения больных с послеоперационным циститом после ТУР мочевого пузыря.

Материал и методы

За период с 2003 по 2010 год нами было пролечено 982 пациента с диагнозом переходно-клеточный РМП в стадии Tcis - T1. За указанный период выполнено 982 ТУР МП по поводу РМП. В подавляющем большинстве случаев (970 пациентов) при гистологическом исследовании выявлен переходно-клеточный рак. В 852 случаях, по результатам гистологического исследования, РМП был неинвазивный в стадии Tis, Ta, T1. (таблица № 1). Полученные стадии РМП приведены в таблице №2.

В ходе комплексных реабилитационных мероприятий, направленных на клиническое выздоровление и возвращение к прежнему образу жизни больных РМП после оперативного удаления опухоли, выявлено, что среди пациентов после ТУР мочевого пузыря был диагностирован цистит у 77 (28,1%) женщин и у 179 (31%) мужчин. В связи с этим, целесообразно главное внимание уделить выбору оптимальных схем лечебных манипуляций с комплексом вторичной профилактики возникновения послеоперационных осложнений, из которых наиболее часто встречается цистит.

Выделена группа пациентов (70 мужчин и 22 женщины с неинвазивным РМП), которым был проведен предложенный нами комплекс ранних реабилитационных мероприятий.

Для изучения характера воспалительного процесса мочевого пузыря больные на диспансерном этапе обследовались с жалобами на учащенное, иногда болезненное мочеиспускание, тупые боли внизу живота, мутную мочу. Обследование этой категории больных включало изучение клинико-лабораторных данных (общий анализ крови, мочи, биохимические показатели крови, посев мочи на микрофлору). В перечень обязательных обследований

были включены: ультразвуковое сканирование мочевого пузыря, по показаниям рентгенологические исследования (обзорная, экскреторная урография, компьютерная томография) и эндоскопическое обследование мочевого пузыря.

Лечение больных с послеоперационным циститом было комплексным и предусматривало воздействие на все звенья этиологии и патогенеза болезни, которое имело свои особенности в зависимости от характера клинического проявления, риска рецидива РМП и наличия сопутствующих заболеваний.

Отработанные схемы лечения включали общую и местную антибактериальную терапию, направленную на ликвидацию очагов инфекции и восстановление уродинамики. Дополнительно назначали нестероидные противовоспалительные препараты, антиоксиданты, растительные диуретики и мочегонные травы, по показаниям проводилась терапия гепарином.

Следует отметить, что коррекция антибактериального лечения проводилась с учетом результатов посева мочи. Препаратами выбора для лечения послеоперационного цистита являются антибактериальные препараты группы фторхинолонов и уроантисептики.

В случае развития воспаления слизистой мочевого пузыря больных РМП после ТУР мочевого пузыря с последующей местной иммунотерапией (вакцина БЦЖ) в комплекс лечения включали противотуберкулезные препараты. Курс лечения послеоперационного цистита составил в среднем две – четыре недели, при пролонгированной местной иммунотерапии сроки лечения увеличивались до шести месяцев.

Результаты и обсуждение

Лечение послеоперационного цистита является актуальной проблемой современной урологии. Несмотря на достигнутые успехи (иммуностимулирующая, антибиотикотерапия и т.д.), результаты лечения оста-

Таблица 1. Данные гистологического исследования после трансуретральной резекции мочевого пузыря

Всего	TCC (Поверхностный рак мочевого пузыря)	Другие формы З.Н.	CIS (Carcinoma in situ)	Ta	T1	T2a и более
982	970	12	35	238	579	118
				852		

Таблица 2. Стадии неинвазивного рака мочевого пузыря.

TNM стадия опухолевого процесса	T _n G _n	T ₁ G ₁	T ₂ G ₂	T ₃ G ₃	T ₁ G ₁	T ₁ G ₂	T ₁ G ₃	T ₁ G ₄
Количество пациентов (abc)	24	258	67	9	153	195	136	10

ются малоуспешными. По нашему мнению необходимо:

1. Всем больным с РМП до оперативного вмешательства (ТУР) следует выполнять посев мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам и по показаниям провести предоперационную санацию очагов инфекции.

2. В ближайшем послеоперационном периоде непрерывно промывать мочевой пузырь антисептическими растворами (первые – третьи сутки).

3. Более раннее удаление постоянного катетера из мочевого пузыря после ТУР для снижения риска восходящей инфекции.

4. Всем мужчинам после ТУР мочевого пузыря для более раннего восстановления акта мочеиспускания рекомендуем назначать альфа - адреноблокаторы.

Комплекс превентивных реабилитационных мероприятий позволил снизить частоту послеоперационного цистита у больных неинвазивным РМП у мужчин до 22,9%, а у женщин до 22,7%. (Рис. 1).

Выводы

Лечение послеоперационного цистита у больных поверхностным РМП является важной составной частью диспансерного наблюдения. Своевременное адекватное лечение воспаления слизистой мочевого пузыря является ранней вторичной профилактикой рецидива РМП

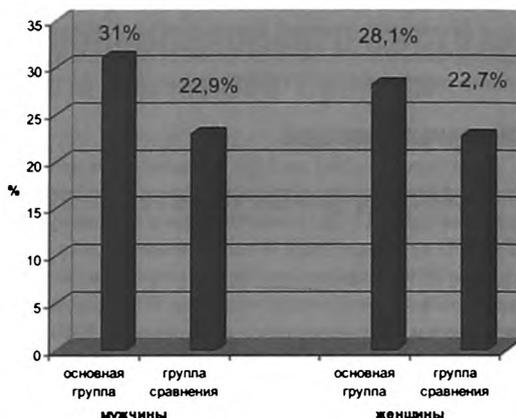


Рис. 1. Частота послеоперационного цистита в основной группе и группе сравнения

и способствует улучшению результатов оперативного лечения этой категории больных.

Лечение пациентов с послеоперационным циститом после ТУР мочевого пузыря должно быть комплексным, контролируемым и продолжаться до нормализации или устойчивого улучшения клинической картины и анализов мочи. ■

Литература:

1. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. М.: Медицина; 2003.
2. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Цариченко Д.Г., Калантаров Р.А., Аксенов А.В. Опыт использования биполярной трансуретральной резекции в лечении поверхностных опухолей мочевого пузыря. Онкоурология 2009; 1, 32-34.
3. Тоскано М.Б., Пубильонес И.К., Фернандес М.Ф. Осложнения трансуретральных операций (анализ пятилетних результатов). Урология и нефрология 1990; 2, 32-35.
4. Jakse G, Algaba F, Malmstrom PU, Oosterlinck W. A second-look TUR in T1 transitional cell carcinoma: why? Eur Urol 2004; 45(5), 539-546.
5. Grimm M-O, Steinhoff Ch, Simon X, Spiegelhalter P, Ackermann R, Vugeli, TA. Effect of routine repeat transurethral resection for superficial bladder cancer: a long-term observational study. J Urol 2003;170(2 Pt 1), 433-437.
6. Романов В.А., Фигурин К.М., Нифатов С.Д., Аксенов А.А. «Поверхностный рак мочевого пузыря». Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Материалы 4-й Всероссийской научной конференции с участием стран СНГ. Москва: Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина РАМН. Медицинский радиологический научный центр РАМН. 2001. 76-78.