МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Освітня-кваліфікаційна (магістерська) робота
за спеціальністю 223 «Медсестринство»,
освітня програма «Сестринська справа»

на тему:

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ З ЗАХВОРЮВАННЯМ ОРГАНІВ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ З ПІТ

Виконала: студентка 2 курсу,
ІІІ медичного факультету з підготовки вітчизняних та іноземних здобувачів освіти
Вірченко Аліна Володимирівна

Керівник: к.мед.н., доцент,
Болокадзе Євгенія Олександрівна

Харків – 2024

Зміст

Вступ.....3

Розділ 1. Характеристика перебігу післяопераційного періоду у хворих з захворюванням органів сечостатевої системи в умовах відділення анестезіології з ПІТ.....4

1.1.Ускладнення післяопераційного періоду.....4

1.2.Корекція післяопераційних порушень.....14

Розділ 2. Догляд за хворими в післяопераційний період у хворих з захворюванням органів сечостатевої системи в умовах відділення анестезіології з ПІТ.....20

2.1. Оцінка медичною сестрою стану сечостатевої системи.....20

2.2.Ведення пацієнта.....21

2.3. Догляд за хворими у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.....26

Розділ 3. Експериментальне дослідження особливостей перебігу післяопераційного періоду у хворих з захворюванням органів сечостатевої системи в умовах відділення анестезіології з ПІТ.....8

3.1.Обєкт та методи дослідження.....38

3.2.Результати дослідження.....39

Висновки.....49

Список використаної літератури.....50

Вступ

Серед хвороб сечостатевої системи можна виділити групу захворювань, найбільш значущих у медико-демографічному, соціальному та економічному плані. Це сечокам'яна хвороба, хронічна ниркова недостатність, доброякісна гіперплазія та рак передміхурової залози, хронічний пієлонефрит та інші інфекційно-запальні захворювання, злоякісні новоутворення. Тенденції демографічного розвитку, а саме процес старіння населення і падіння народжуваності, що триває, призводять до збільшення питомої ваги осіб похилого та старечого віку, що проявляється у збільшенні як первинної захворюваності, так і загальної поширеності онкоурологічних захворювань, доброякісної гіперплазії передміхурової залози, сечокам'яної хвороби та неспецифічних захворювань верхніх сечових шляхів. Зазначені захворювання дають найбільшу кількість ускладнень, випадків інвалідності, смертності та потребують серйозного спеціалізованого лікування. Крім того, сечокам'яна хвороба є ендемічною. Таким чином, урологічні захворювання є однією з провідних причин зниження якості життя, інвалідизації та передчасної смертності, створюють цілу низку проблем соціального та економічного характеру. В останні роки в клінічній практиці лікаря-уролога з'явився великий арсенал різних лікарських засобів та малоінвазивних методик лікування захворювань органів сечостатевої системи.

Розділ 1. Характеристика перебігу післяопераційного періоду у хворих з захворюванням органів сечостатевої системи в умовах відділення анестезіології з ПІТ

1.1.Ускладнення післяопераційного періоду

Починається з моменту закінчення операції і продовжується до встановлення працездатності хворого чи переводу його на інвалідність. Післяопераційний період умовно підрозділяють на 3 фази: рання (перші 3-4 дні після операції), одужання (до виписки хворого зі стаціонару) та реабілітація чи амбулаторне лікування. Хірургічна операція та наркоз є серйозним випробуванням для організму, яке веде до конкретних патофізіологічних змін в організмі, порушення стану нервової системи, обміну речовин, дихання, кровообігу та ін. Ступінь цих змін залежить не тільки від операційної травми, але й від передопераційної підготовки, наркозу, режиму харчування хворого, догляду за ним. Навіть при нормальному перебігу післяопераційного періоду спостерігаються явища як у рані, так і з боку загального стану організму. Ступінь цієї реакції залежить не тільки від основного захворювання та характеру операції, але й від фізичного та психологічного стану хворого.

Після операції хворі потрапляють у відділення чи у палату інтенсивної терапії та реанімації. У реанімаційних відділеннях чи у палатах інтенсивної терапії є апарати, котрі дозволяють реєструвати частоту пульсу, його ритм, ЕКГ, параметри дихання, артеріальний та центральний венозний тиск, тиск у легеневій артерії та його похідні. Експрес-лабораторія дає інформацію про рівень гемоглобіну, гематокриту, білків, електролитів, ОЦК, кислотнолужного стану, білірубіну, сечовини, цукру, протромбіну та ін. Періодичну інформацію збирають не рідше 3 разів на добу, а при необхідності і частіше, контролюючи таким чином стан хворого та ефективність інтенсивної терапії. У тих випадках, коли хворі потребують екстреної допомоги, у палатах інтенсивної терапії є апаратура для ШВЛ, набори для трахеотомії та венесекції, апарат для дефібриляції серця, набір лікарських препаратів та трансфузійних

середовищ та ін. Інтенсивна терапія у післяопераційному періоді складається з таких заходів: 1. Боротьба з болем та профілактика шоку.

Використовуються знеболюючі засоби (промедол, морфін), електроанальгезія, перідуральна анестезія та ін. Профілактика пізнього шоку складається з достатньої передопераційної підготовки, ефективного знеболювання під час операції, поповнення крововтрати та втрати рідини. Нерідко операційна травма призводить до розвитку гострого психозу. У цьому випадку хворих ізолюють. Для того, щоб зняти збудження, уводять аміназин, натрію оксибутірат, хлоралгідрат у клізмі, призначають снодійні засоби. 2. Відновлення серцево-судинної діяльності та усунення порушень мікроциркуляції. У післяопераційному періоді у хворого може розвинутися колапс – гостра судинна недостатність. Хворий блідий, пульс ниткоподібний, кінцівки холодні, артеріальний тиск значно знижений, можлива втрата свідомості. Хворим уводять строфантин, кокарбоксілазу, глюкозу з аскорбіновою кислотою, вітаміни групи В. У важких випадках – преднізолон, гідрокортизон, інфузія поліглюкіну, реополіглюкіну. Нерідким ускладненням є міокардіальна недостатність. У хворих з’являються ядуха, ціаноз, гіпотензія чи нестабільний артеріальний тиск, тахікардія, підвищення центрального венозного тиску. У цій ситуації необхідно уводити глікозиди, курантіл, кокарбоксілазу. Для покращення коронарного кровообігу хворим призначають нітрогліцерин. При прогресуванні міокардіальної недостатності вводять великі дози кортикостероїдів, стимуляторів β-адренорецепторів (новодрін, ізопротеранол, допамін) з вазодилататорами з групи гангліоблокаторів (гігроній, бензогексоній) чи нітратів (нітрогліцерин, нітропрусид).

Розлади мікроциркуляції характеризуються тим, що шкірні покриви набувають землистого чи блідо-сірого кольору з мармуровим малюнком, на дотик холодні, вологі. З біохімічних змін слід відмітити метаболічний ацидоз та накопичення лактату. Для усунення цих порушень велике значення має нормалізація об’єму циркулюючої крові. З цією метою використовують неогемодез та реополіглюкін у сполученні з гепарином, компламіном, трен-

талом. Тромбоемболічні ускладнення спостерігаються часто у хворих з захворюваннями серця, судин, легенів при порушенні трофіки судинної стінки. Тривалі оперативні втручання, зневоднення, запальні процеси, тривалий постільний режим призводять до зростання вмісту фібриногену та збільшення згортання крові. Емболія легеневої артерії – суворе ускладнення раннього післяопераційного періоду. Виникає звичайно на 6-10 день після операції внаслідок різких рухів чи напруження при спробі підіймання з постелі. Розрізняють три форми емболії: блискавична, гостра, підгостра. При блискавичній формі емболії з'являється раптово ядуха, різкий ціаноз, швидке зникнення свідомості, пульс ниткоподібний, артеріальний тиск не визначається.

При гострій формі відмічаються ознаки правошлуночкової недостатності, раптовий напад болю за грудиною та у ділянці серця; почуття здавлення у грудях, задишки, ціаноз, неспокій, пітливість, тахікардія. При підгострій формі біль у грудній клітці має тупий характер. Він посилюється при диханні, з'являється кашель, кровохаркання, випіт у плевральній порожнині, хрипи у легенях, розвивається інфарктпневмонія. Лікування. При блискавичній формі – інкубація, штучна вентиляція легень, непрямий масаж серця та термінова емболектомія в умовах штучного кровообігу. У випадках менш бурхливого початку захворювання – суворий постільний режим з підвищеним головним кінцем ліжка (коли не визначаються ознаки судинної недостатності), інгаляція кисню.

Для зменшення болю вводять анальгін, промедол, омнопон внутрішньовенно. Гарну дію чинить 1% розчин папаверину (2-3 мл), 0,1% атропіну сульфат, 2,4% еуфіліну (10 мл) внутрішньовенно. У комплексі лікування емболії суттєве значення мають антикоагулянти, фібринолітичні засоби та активатори фібринолізу. 1. Протягом 3-4 годин 15000 ОД гепарину, 30000 ОД фібринолізину та 2 мл 2,5% розчину нікотинової кислоти внутрішньовенно зі швидкістю 20-30 крапель на хвилину. У важких випадках інфузії фібринолізину слід повторити через 6-8 годин. Гепарин вводять 5000-10000 ОД внутрішньом'язово чи внутрішньовенно через 4-6 годин протягом 10-12 днів

в залежності від часу згортання крові, фраксипарін – 1-2 рази на добу. 2. З 8-12 днів лікування додають непрямі антикоагулянти: дикумарін, неодикумарін, сінкумар, маркумар, варфарін, омефін, нафталін, слідкуючи за їх дією по загальному аналізу сечі та протромбіновому індексу (останній знижують до 40-50%).

Підтримуючі дози непрямих антикоагулянтів необхідно призначати від 6 тижнів до 6 місяців. 3. Прямі та непрямі активатори фібринолізу: урокіназа – 50000 ОД, трипсин – 5мг 2 рази на добу, стрептокіназа – 250000-50000 ОД, стрептаза – 750000-1000000 ОД, нікотинова кислота – 100-200 мг на добу у сполученні з гепарином. 4. Гемоділлютанти: реополіглюкін 400-800 мл на добу внутрішньовенно. Жирова емболія зустрічається нерідко у хворих з травматичними ушкодженнями кінцівок після оперативних втручань та недостатній іммобілізації кінцівки. Емболія може настати як у легеневих венах, так і в артеріях великого кола кровообігу. Особливо небезпечна емболія судин головного мозку. Хворі неспокійні, відчувають страх. Дихання поверхневе, з’являється ціаноз, кашель з великою кількістю пінистої чи кривавої мокроти, пульс частий, артеріальний тиск знижується, свідомість затемнена. Якщо не надається швидка, ефективна лікувальна допомога, хворі вмирають.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень починається з моменту операції: 1) старанне виконання правил асептики, антисептики, бережливе поводження з тканинами, зупинка кровотечі; 2) активне ведення післяопераційного періоду, лікувальна гімнастика у ліжку з перших днів після операції, раннє підіймання; 3) введення достатньої кількості рідини; 4) при схильності до тромбозів – введення гепарину, реополіглюкіну, нікотинової кислоти; 5) хворим з варикозним розширенням вен – еластичне бинтування кінцівок; 6) регулювання нормальної діяльності кишечнику та функцій інших органів; 7) правильна іммобілізація кінцівки при травматичних ушкодженнях та операціях на кінцівках.

Набряк легень – суворе ускладнення післяопераційного періоду. З’являється нерідко при прогресуючій серцевій недостатності, застійних явищах

у малому колі кровообігу, при порушенні проникливості легеневих мембран на тлі підвищеного гідростатичного тиску у легеневих капілярах. Він характеризується різкою задишкою, клекочущим диханням, кашлем з пінистим харкотінням. У легенях вислуховуються дрібнопухирцеві хрипи. Венозний, а інколи й артеріальний, тиск підвищений.

На рентгенограмі тотальне зниження прозорості легеневих полів. Невідкладна допомога складається з таких заходів: 1) Хворому надають напівсидяче положення. 2) На кінцівки накладають венозні джгути для зменшення притоку крові до серця. 3) Інгаляції кисню з парами спирту. 4) Внутрішньовенне введення строфантину, еуфіліну, кальція хлориду, лазікса. У важких випадках вводять осмотичні діуретики (манніт, 30% розчин сечовини, виготовлений на 10% розчині глюкози), дроперідол, супрастин, димедрол, піпольфен, преднізолон, гідрокортизон 100 мг внутрішньовенно. При відсутності ефекту – інкубація, відсмоктування піни, керована вентиляція, симптоматичне лікування. Пневмонія розвивається внаслідок тривалого порушення легеневої вентиляції при частковій чи повній обтурації дихальних шляхів, на тлі ателектазів, у зв’язку з аспірацією шлункового вмісту.

Таким чином, в післяопераційному періоді можуть розвиватися аспіраційні, ателектатичні, гіпостатичні, гіповентиляційні та інфаркт-пневмонії. Діагностика пневмоній не становить особливих труднощів. Хворі скаржаться на біль у грудях, задишку, кашель з виділенням харкотіння. Шкірні покриви бліді, на щоках – яскравий рум’янець. У легенях – послаблене дихання, вологі хрипи, притуплення перкуторного звуку, у крові – лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули ліворуч. Для лікування пневмоній треба призначити активний режим, дихальну гімнастику, оксигенотерапію, відхаркуючі засоби, антибіотики, сульфаніламідні препарати, інгаляції аерозолів, антибіотиків та протеолітичних ферментів, склянки, гірчичники, серцеві препарати, полівітаміни. Ателектаз легені – спадання легеневих альвеол та дрібних бронхів.

Розрізняють 1) компресійний ателектаз, викликаний здавленням легені ззовні при пневмотораксі, пухлинах; 2) рефлекторний ателектаз - внаслідок спазму гладкої мускулатури бронхів та періальвеолярної тканини; 3) обтураційний ателектаз – внаслідок порушення прохідності трахео-бронхіального дерева; 4) консолідаційний ателектаз, при якому наступає спадання легені внаслідок виключення із акту дихання грудної клітки чи діафрагми. Клінічна картина ателектазу легенів визначається площею ураження. При великих ателектазах наступають явища гострої дихальної недостатності (задишка, тахікардія, висока температура, серцева слабість). Лікування ателектазу залежить від причини його виникнення. Широко використовують дихальну гімнастику, відхаркуючі засоби, анальгетики та дихальні аналептики, інгаляції зволоженим киснем, вагосимпатичну новокаїнову блокаду, лікувальну бронхоскопію.

При поєднанні ателектазів та пневмоній призначають антибактеріальну терапію. Набряк гортані виявляється осиплістю голосу, кашлем, утрудненим диханням. Призначають теплі інгаляції з гідрокарбонатом натрію, гідрокортизоном, ефедрином, склянки, гірчичники, вводять димедрол, кальція хлорид, лазікс, преднізолон. При неефективності консервативного лікування виконують трахеотомію. Дихальна недостатність може починатися у вигляді помірної задишки до повного порушення газообмінної функції легень (синдром шокової легені). Для попередження шокової легені необхідно забезпечити добре розправлення легень у кінці операції та старанний туалет дихальних шляхів, а також штучну вентиляцію легень у режимі ПДКВ (позитивного тиску наприкінці видиху. При наявності ознак дихальної недостатності доцільно застосовувати подовжену штучну вентиляцію легенів.

Профілактика легеневих ускладнень: 1) З першого дня після операції необхідно примушувати хворих глибоко дихати, робити дихальну гімнастику. 2) Попереджає розвиток ускладнень дихання з підвищеним опором на видиху (надування куль, надувних іграшок, резинових камер). Дихання через маску наркозного апарату, з’єднану з трубкою, яку опускають у воду на

глибину 10 см. 3) Застосування різних засобів масажу грудної клітки (постукування, вібромасаж, поколачування) у поєднанні з бронхолітиками, муколітиками та інгаляційною зволожуючою терапією . 4) Рання активність хворого в поєднанні з достатнім знеболюванням. 5) Використання засобів боротьби з парезом кишечнику. Усі вищеназвані заходи сприяють нормалізації функції легень, попереджають розвиток легеневих ускладнень.

Парез та атонія кишечнику – часте ускладнення раннього післяопераційного періоду, котре супроводжується нестерпним болем, пригніченням моторної діяльності шлунка та кишечнику, інтоксикацією всіх органів та систем. Живіт надутий, перистальтика відсутня, гази не відходять. Важливим моментом, який сприяє відновленню тонуса гладкої мускулатури, є створення спокою прооперованого органу, котрий досягають декомпресією шлунку чи кишечнику шляхом введення повітря, шлункового чи кишкового вмісту. З цією метою у шлунок вводять зонд, за допомогою якого евакуюють шлунковий вміст, а при операціях на тонкому чи товстому кишечнику, особливо при тонко- та товстокишечній непрохідності, інкубують весь кишечник, створюючи, таким чином декомпресію всього шлунковокишкового тракту.

Для збудження перистальтики роблять гіпертонічну клізму, вводять 0,05% розчин прозеріну, карбахолін, пітуітрин, церукал, аміназин, застосовують електростимуляцію апаратами СНИМ, ЕИ-1 та ін. Електростимуляцію починають з 2-3 дня після операції, в результаті чого швидко з’являється перистальтика, відходять гази. Вельми ефективні у лікуванні парезу інфузія сорбітолу, діадинамічні токи Бернера, тривала перидуральна анестезія, інфузія 0,25% розчину новокаїну у корінь брижі тонкої кишки. Перитоніт – грізне ускладнення післяопераційного періоду. Найбільш частою причиною його виникнення є неспромож анастомозитів після резекції шлунку, кишечника та ін. Необхідна термінова релапаротомія, усунення джерела перитоніту та адекватне дренування черевної порожнини. Разом з операцією призначають дезінтоксикаційну та антибактеріальну терапію. Кровотеча може бути внутрішньою та зовнішньою.

Кровотеча із операційної рани не становить особливих труднощів для діагностики. Внутрішня кровотеча може бути внутрішньочеревною чи у просвіт травного каналу. Найбільш часто післяопераційні кровотечі зустрічаються після операції на паренхіматозних органах, у хворих з жовтяницею, гемофілією, геморагічними діатезами. Кровотеча у просвіт травного каналу може бути із зашитої виразки, із лінії анастомозу, зашитої малої кривини шлунку чи з гострих виразок чи розривів слизової оболонки шлунку, котрі можуть виникнути у післяопераційному періоді. Діагностика внутрішньої кровотечі базується на скаргах хворого, об'єктивних та ендоскопічних даних (запаморочення, блідість шкіри, блювання, мелена, тахікардія, низький артеріальний тиск, зниження гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту, наявність судини, з якої продовжується кровотеча при ендоскопічному дослідженні, чи внутрішньочеревна кровотеча при лапароскопії. Лікування післяопераційних кровотеч визначається їх інтенсивністю та причиною, яка викликала їх.

З консервативних методів лікування застосовують переливання крові, внутрішньовенне введення хлориду кальцію 10%-10 мл, амінокапронової кислоти – 5%-100 мл та ін. Дуже перспективним засобом зупинки кровотечі є електрокоагуляція судин за допомогою ендоскопу. При неефективності консервативної терапії показана релапаротомія та усунення джерела кровотечі. Рання спайкова кишкова непрохідність може виникнути практично після будь-якого втручання на органах черевної порожнини. Найбільш часто причиною непрохідності є спайковий процес в черевній порожнині. Клінічна картина проявляється немотивованим погіршенням загального стану, наростанням здуття живота і поступовим посиленням болей. Болі набувають характеру потуг, виникає рвота, з'являється чіткий шум плеску, позитивний симптом Валя. При оглядовій рентгеноскопії видно чаші Клойберга. При встановленні діагнозу ранньої спайкової непрохідності кишечника показана термінова релапаротомія, ретельна ревізія органів черевної порожнини і ліквідація непрохідності.

Евентрація – випадання сальника або кишечника із черевної порожнини при розходженні операційної рани. Розрізняють повну евентрацію, коли розходяться всі шари рани передньої черевної стінки і наступає випадання нутрощів під пов'язку, і неповну, при якій нутрощі випадають під шкіру в результаті розходження брюшини і апоневрозу.

Головними причинами в розвитку цього ускладнення є:

1. Дефекти хірургічної техніки (рідкі або часті шви, накладання швів занадто близько до країв апоневроза, застосування швів із швидко розсмоктувальних матеріалів, коротке підрізання ниток біля самого вузла).

2. Механічні фактори, які приводять до підвищення тиску в черевній порожнині (парез кишечника, кашель, багаторазова рвота, утруднення дефекації і ін.).

. Невиправданий прийом антибіотиків, гормональних препаратів, які знижають нормальні репаративні процеси.

4. Розширення показань і обсягу оперативного втручання у ослаблених хворих і хворих похилого віку.

В розвитку евентрації має значення тяжка анемія, дефіцит білка і вітамінів, лейкопенія, зайва травматизація тканин, наявність гематом, натяг країв зшитих тканин, грубий шовний матеріал, нагноєння рани, прогресуючий перитоніт. При виявленні евентрації хворих необхідно оперувати. Зашивання евентрації допустимо під місцевою анестезією. Кровотеча із рани, гематоми. Кровотеча із країв рани спостерігається при недостатньому гемостазі, при зісковуванні лігатури, при порушенні здатності зсідатися крові. Накопичення крові в підшкірній клітковині, під апоневрозом, в передочеревинній клітковині приводить до утворення гематоми.

В цих випадках необхідно видалити гематому і зупинити кровотечу шляхом перев'язки або прошивання кровоточивих судин. Інфільтрати, нагноєння рани Нагноєння післяопераційної рани й інфільтрати виникають в основному при наявності інфекції, некротичних тканин у ослаблених і недостатньо підготовлених до операції хворих. Має значення і тривалість

розтягнення рани крочками і рано- розширювачами, затиснення тканин грубими затискачами, забування в рані інорідних тіл.

При інфільтратах призначають антибактеріальну терапію і фізіотерапевтичне лікування. При нагноєнні операційної рани необхідно зняти шви, розвести краї рани, промити антисептиками і дренувати. В подальшому лікувати за загальними правилами лікування гнійних ран. Призначають антибіотики, протеолітичні ферменти, ультрафіолетові промені, УВУ-терапію. Профілактика післяопераційних інфільтратів і нагноєнь полягає в суворому дотриманні асептики і антисептики, атравматичному оперуванні, використанні для зашивання гігроскопічних ниток.

Анурія – затримка виділення сечі нирками. Частіше за все має нервворефлекторне походження або пов’язана з інтоксикацією. Сечовий міхур пустий, позивів на сечовиділення немає. Застосовують двохсторонню паранефральну блокаду, діатермію на область нирок, вводять 1 мл 1% розчину пілокарпіну, осмотичні діуретики. Ішурія – затримка сечовиділення.

Це пов’язано з незвичним положенням хворого, мають значення і нервово-рефлекторні причини. Добру дію чинить грілка на ділянку сечового міхура, введення атропіну, а при відсутності ефекту – катетеризація сечового міхура.

1.2.Корекція післяопераційних порушень

У післяопераційному періоді розрізняють три стадії: катаболічну, зворотнього розвитку та анаболічну. Катаболічна стадія залежить від важкості виконаного оперативного втручання та можливих післяопераційних ускладнень, триває 3-7 днів. Вона характеризується нейроендокринними реакціями та нейрогуморальними порушеннями, які ведуть до змін судинного тонусу та кровообігу у тканинах, розладів мікроциркуляції, порушення тканинного дихання, гіпоксії та метаболічного ацидозу. Все це обумовлює пору-

шення водно-електролітного балансу, вихід рідини з кровоносного русла у міжтканинні простори та клітини, згущення крові й стаз формових елементів.

На цій стадії спостерігається збільшення розпаду м'язових білків, білків сполучної тканини, печінки, плазми, шлунково-кишкового тракту. Підсумкова втрата білка у післяопераційному періоді значна, особливо при крововтраті, післяопераційних гнійних ускладненнях. Стадія зворотнього розвитку триває 4-6 днів, характеризується зниженням активності симпатико-адреналової системи й катаболічних процесів. Зменшується виділення азоту й калію з сечею та глікогену. Відновлюється водно-електролітний баланс. Хворі стають більш активними, зникає біль, нормалізується температура тіла, шкірні покрови набувають нормального кольору, відновлюється діяльність шлунково-кишкового тракту.

Анаболічна стадія триває від 2 до 5 тижнів, характеризується посиленим синтезом білка, глікогена, жирів та відновленням порушених функцій нервової, серцево-судинної, дихальної, травної, видільної систем. Протягом наступних 3-6 місяців після операції завершуються процеси репаративної регенерації – дозрівання сполучної тканини й утворення рубця. Таким чином, корекція метаболічних порушень показана у катаболічній стадії й залежить від важкості операції, передопераційної підготовки, післяопераційних ускладнень та великих втрат рідини при високих кишкових норицях та інших захворюваннях.

Показанням до гемотрансфузії слід вважати крововтрату більшу за 10-15% ОЦК. При цьому крововтрату заміщують переливанням крові на 50-60%, а решту об'єму поповнюють раціональним поєднанням колоїдів, кристалоїдів, компонентів крові. Корекцію метаболічного ацидозу здійснюють за допомогою інфузії 4% розчину гідрокарбонату. Метаболічний алкалоз супроводжується гіпохлоремією чи гіпокаліємією, а нерідко і тим, і другим. Вводять 7,5% розчин хлориду калія (1 мл містить 1 моль хлориду кальцію), котрий сполучають з 10-20% розчином глюкози для утворення 0,6-0,7% роз-

чину препарату. Доцільно також застосування підвищених доз аскорбінової кислоти.

При лікуванні порушень водно-електролітного балансу необхідно враховувати можливість дефіциту магнію, цинку, кальцію, заліза, літію. Таким чином, для відновлення та підтримання гомеостазу необхідно застосовувати комплекс лікувальних заходів: 1. Підтримання нормального об'єму циркулюючої крові. 2. Нормалізація електролітного складу біологічних рідин. 3. Корекція зміни КЛС (тріс-буфер, бікарбонат натрію 4% 6-8 г). 4. Відновлення реології крові та мікроциркуляції (реополіглюкін 400 мл на добу, глюкозо-новокаінова суміш та ін.). 5. Дезінтоксикаційна терапія (неогемодез 400 мл в/в, нативна плазма 200 мл в/в, розчин Рінгера 400 мл в/в). 6. Нормалізація кисневого режиму організму (гіпербарична оксигенація, при відсутності протипоказань, застосування кисневих коктейлів, пін). 7. Кардіотонічна терапія з переважним застосуванням препаратів, не підвищуючих потреби міокарду у кисні (дігоксин, ізоланід, лантозід). 8. Профілактика та лікування функції печінки, нирок підшлункової залози. 9. Блокада активності протеаз та протеолізу (контрікал 20000-30000 ОД на добу, гордокс, та ін.

Під контролем фібринолітичної активності крові). 10.Антикоагулянтна терапія (гепарин до 20000 ОД на добу протягом 5-6 днів під контролем коагулограми з поступовим зниженням дози). 11. Нормалізація моторної, секреторної та ферментної функції шлунково-кишкового тракту.

Парентеральне та ентеральне харчування спрямовано на підтримання адекватного матаболізму (енергетичного, білкового, вуглеводного, жирового). Повноцінне парентеральне харчування забезпечується за допомогою висококалорійних інфузійних середовищ. З цією метою застосовують концентровані розчини глюкози, білкові препарати, амінокислоти, жирові емульсії. Добовий калораж повинен складати 3-3,5 тис.ккал. Ефективні також цукоровмістні речовини: фруктоза, сорбіт, ксиліт, котрі засвоюються організмом без інсуліну. Виснаженим хворим уводять альбумін, розчин плазмового протеіну.

Пероральне харчування починають лише після відновлення моторноевакуаторної функції шлунку та кишечнику. У тих випадках, коли поживну суміш уводять через зонд у тощу кишку, харчування можна починати значно раніше – на 2-3 день після операції. Лікувальне харчування у хірургічній клініці Дієта № 0. Призначається хворим після операції на шлунковокишковому тракті. Їжа вживається у рідкому вигляді. У її склад входять слизові протерті суміші, бульон, настій шипшини, кисілі, чай, молоко та ін. Ця дієта призначається у перші 2-3 дні після операції 7-10 разів на добу. Дієта № 1а.

Призначається хворим на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки у стадії загострення, після резекції шлунку на 4-5 день. Усі страви готуються у вареному вигляді чи на пару, рідкої чи рідкокашицеподібної концентрації. У їжі достатня кількість білків (100 г), жирів (100 г) та вуглеводів (200 г). Калорійність – 2000 ккал. Харчування роздрібне, 6-8 разів на добу. Дієта № 1б.

Призначається хворим на виразкову хворобу та у післяопераційному періоді після дієти 1а. Їжу дають у протертому вигляді, відварену чи на пару. Виключено страви, які є сильними збудниками секреції. Калораж зменшено за рахунок вуглеводів (300 г) при нормальному вмісті білків (100 г) та жирів (100 г). Калорійність - 2600 ккал. Їжа вживається у теплому вигляді не менше 6 разів на добу. Дієта № 1. Призначається хворим на виразкову хворобу під час ремісії та в післяопераційному періоді протягом 5-6 місяців. Їжу дають у рідкому, кашицеподібному вигляді чи у більш твердій консистенції у вареному чи протертому вигляді. Харчування роздрібне, 5-6 разів на добу з нормальною калорійностю, помірним обмеженням солі та страв, які містять велику кількість клітковини. Їжа містить до 120 г білків та жирів, 400-500 г вуглеводів. Калорійність - 3000-3500 кал. Дієта Мейленграхта. Призначається хворим із гастродуоденальними кровотечами. Дієта сприяє нейтралізації кислого вмісту шлунку, зменшенню перистальтики шлунку та кишечнику, робить позитивну дію на процеси згортання крові та регенерацію. Дієта

Мейленграхта багата на молочні продукти, овочі та фруктові соки, вітаміни С та К (овочеві та протерті супи, каші, картоплю, молоко, вершки, м'ясо у вигляді суфле, білий хліб та ін.). Їжа споживається 6-8 разів на добу у протертому, роздробленому вигляді, вміщує 70-100 г білків, 90-100 г жирів та 300-400 г вуглеводів. Калорійність 3000 кал. Дієта № 2. Показана хворим на хронічний гастрит, коліт та ентероколіт у стадії загострення. У післяопераційному періоді призначається після оперативних втручань на товстому кишечнику та на прямій кишці. Дієта сприяє зменшенню бродіальних процесів та нормалізації моторної та секреторної функції шлунка та кишечнику.

Обмежені харчі, які важко перетравлюються, містять грубу клітковину, подразнюють слизову оболонку. Містять 100 г білків, 100 г жирів, 400 г вуглеводів. Калорійність 3000 кал. Травлення роздрібне, 4-5 разів на добу. Дієта № 4. Призначають хворим на гострі та хронічні захворювання шлунка та кишечника (гастрити, коліти, гастроентероліти). Усі страви готуються у вареному вигляді, на пару, протерті, містять нормальну кількість білків (100 г), зменшену кількість жирів (70 г), вуглеводів (200-250 г) та – солі. Виключають прянощі, копчені страви, молоко, клітковину, жирне м'ясо, рибу, холодні напої. Харчування роздрібне, 5-6 разів на добу. Дієта № 5. Показана хворим з гострими та хронічними холециститами, жовчнокам'яною хворобою, гепатитами. Вона сприяє накопиченню глікогену у печінці, стимулює жовчовідділення та моторну функцію кишечнику.

Всі страви готуються у вареному вигляді чи на пару, містять нормальну кількість білків (100 г), підвищену кількість вуглеводів (500 г). Жири до 80 г, у тому числі 15% - рослинних. Дієта багата ліпотропними речовинами (метіонін, лецитін), клітковиною, овочами, фруктами. Забороняється холестериновмістні та екстрактивні речовини (жирні сорти м'яса, риби, сало, консерви, щавель, рибні та м'ясні супи, гострі пряні страви та ін.). Харчування 5-6 разів на добу. Калораж 3100 кал. Дієта № 5п.

Показана хворим з гострим та хронічним панкреатитом. Дієта сприяє зменшенню гіперферментації, пригніченню секреторної функції залози,

зменшенню стазу у протоках підшлункової залози. Їжа містить 80 г білків, 40 г жирів та 200 г вуглеводів. Калорійність 1800 кал. У перші 2-3 дні рекомендовано голод чи лужну воду, в подальшому – слизові супи із різних круп (окрім пшона) на воді чи неміцному овочевому відварі, нежирне м'ясо у вигляді суфле, парових котлет (кури, індики, кролики, яловичина), нежирні сорти риби (тріска, судак, сазан, окунь), яйця у вигляді парового омлета, сир: свіжий, некислий у вигляді пасти або парового пудинга. Із овочів – картопля, морква, кабачки, капуста кольорова у вигляді пюре, парових пудингів. Яблука тільки печені (крім "антонівки").

Напої – компоти із сухофруктів, свіжих яблук, киселі, желе, мус на ксиліті, сорбіті, настій шипшини, чай неміцний, лужна мінеральна вода (боржомі і ін.). При хронічному панкреатиті збільшується калорійність до 250-280 кал. (білки 130-140 г, жири – 60-80 г, вуглеводи 300-350 г). Їжа перетерта, парова або запечена в духовій шафі. Дієта № 5щ. Призначається хворим після холецистектомії і інших оперативних втручань на гепатобіліарній системі. Дієта оберігаюча, містить 90 г білків, 50-60 г жирів, 250-280 г вуглеводів. Калорійність 2100 кал. Виключається рослинне масло, зменшується кількість вуглеводів і повареної солі. Страви готуються на пару або у відвареному вигляді (нежирний сир, омлет білковий паровий, суп рисовий з овочами перетертий, парові м'ясні биточки, відварена риба, морков'яно-яблучні биточки, яблука печені без цукру, білі сухарі, відвар шипшини, кефір, чай з молоком і ін.). Дієта № 7. Призначається хворим з захворюваннями нирок. Із раціону виключаються м'ясні, рибні, грибні юшки і підливи. М'ясо і рибу рекомендується відварювати. Вага денного раціону разом з рідиною не повинна перевищувати 2-2,5 кг, а загальна кількість рідини 1000-1500 мл. Вживання повареної солі максимально обмежено. Сіль добавляють у страви із розрахунку 3-5 г на день. При кулінарній обробці сіль повністю виключається. Дієта № 9. В хірургічному стаціонарі призначається хворим з цукровим діабетом. Дієта містить 90 г білків, 75 г жирів і 320 г вуглеводів. Із меню виключається цукор і солодощі, обмежуються харчі, які містять багато крохма-

лю (хліб, крупи, картопля). Їжу вживають невеликими порціями 5-6 разів на день. Дієта №10. Показана хворим, які перенесли інфаркт міокарда, з гіпертонічною хворобою, вираженим атеросклерозом. Їжа готується без солі. Досолювати рекомендується за столом (2-5 г солі на день). Обмежуються жири, особливо тваринного походження, харчі, які містять холестерин – яєчний жовток, мозок і ін.). Цукор бажано замінити ксилітом. Загальна кількість рідини (чай, молоко, кисіль, супи і ін.) не повинна перевищувати 1 л на день. Їжа повинна містити багато овочів, фруктів, вітаміни, харчі, яким властива протисклеротична дія (морська капуста, кальмари, креветки, морепродукти). Виключається шпинат, щавель, шоколад, солодкі кондитерські вироби, гострі приправи і спеції. Дієта № 15. Загальний стіл.

Розділ 2. Догляд за хворими в післяопераційний період у хворих з захворюванням органів сечостатевої системи в умовах відділення анестезіології з ПІТ

2.1. Оцінка медичною сестрою стану сечостатевої системи.

Хворим, яких приймають у відділення з різними хірургічними захворюваннями й ушкодженнями, необхідно провести дослідження сечостатевої системи. Особливо старанно обстежують осіб, яких госпіталізують у хірургічне відділення з захворюваннями сечовидільної системи або з дизуричними розладами та змінами у сечі. Пальпацію нирок проводять на спині, на боці в напівзігнутому положенні хворого. Найкраще це робити бімануально (двома руками) в положенні хворого на спині з напівзігнутими і злегка відведеними ногами. Якщо в такому положенні нирку не вдається пропальпувати, то хво-

рого обстежують у положенні на боці або у вертикальному положенні сидячи або стоячи. При огляді звертають увагу на наявність можливого набряку в поперековій ділянці і в ділянці сечового міхура.

При запаленні приниркової клітковини, пухлинах, гідро- і піонефрозі може спостерігатися випинання в поперековій ділянці, при затримці сечі – переповнений і збільшений сечовий міхур над лобком. При багатьох захворюваннях нирок визначають позитивний симптом Пастернацького – біль при постукуванні в поперековій ділянці над ураженою ниркою. Слід пам’ятати, що болючість у поперековій ділянці може виникати також при гострому панкреатиті і позаочеревинному апендициті. Під час пальпації нирок слід, насамперед, виключити їх збільшення і рухомість.

Хворі з рухомою (блукаючою) ниркою нерідко помилково потрапляють у хірургічне відділення з приводу гострого апендициту або печінкової коліки. При пальпації за ходом сечовода можна виявити різку болючість у разі наявності конкремента (каменя) або його запалення. При затримці сечі сечовий міхур збільшується і може пальпуватися у вигляді болючого балоноподібного утворення, що досягає до пупка.

Збільшений сечовий міхур іноді помилково вважають за пухлину черевної порожнини, кісту або заворот кишок. Тому в осіб з гострими хірургічними захворюваннями черевної порожнини, яких приймають у відділення із затримкою сечі, необхідно обов’язково виконувати катетеризацію сечового міхура. Визначення стану передміхурової залози, сім’яних пухирців і задньої стінки сечового міхура проводять за допомогою ректального (через пряму кишку) дослідження.

При огляді і пальпації калитки звертають увагу на її форму, еластичність шкіри, набряклість, наявність яєчок, їх величину, контури. Далі обстежують придатки яєчка, їх величину, стан сім’яного канатика і його вен. Спеціальні методи дослідження (цистоскопія, хромоцистоскопія, екскреторна урографія) використовують за показаннями при захворюваннях і ушкодженнях сечовидільної системи.

2.2.Ведення пацієнта

Післяопераційний догляд починається наприкінці операції та триває в палаті та протягом усього періоду госпіталізації та амбулаторного періоду. Негайні критичні проблеми включають захист дихальних шляхів, усунення болю, психічний стан, загоєння ран. Інші важливі проблеми – профілактика затримки сечовипускання, запори, тромбоз глибоких вен (ТГВ) та варіабельність артеріального тиску (високого чи низького). У пацієнтів з діабетом рівні глюкози в крові перевіряють кожні 1–4 години, отримуючи кров з пальця, до того, як пацієнти прокинуться і почнуть вживати їжу, оскільки ретельніший контроль глікемії покращує результат.

Більшість пацієнтів екстубуються перед тим як залишити операційну і незабаром стають в змозі очищати дихальні шляхи від виділень. Пацієнти не повинні залишати післяопераційну палату, поки вони не зможуть очищати і захищати свої дихальні шляхи (якщо їх не збираються переводити у відділення інтенсивної терапії). Після інтубації у пацієнтів з нормальними легенями та трахеєю може спостерігатися легкий кашель протягом 24 годин після екстубації; у курців та пацієнтів з бронхітом в анамнезі постекстубаційний кашель триває довше. Більшості інтубованих пацієнтів, особливо курцям та хворим із захворюванням легень, корисно застосовувати стимулюючий спірометр.

Післяопераційна задишка може бути спричинена болем від розрізу грудної клітки або лапаротомії (негіпоксична задишка) або гіпоксемією (гіпоксична задишка, див. також Зниження насичення крові киснем (Oxygen Desaturation)). Гіпоксемія, вторинна по відношенню до легеневої дисфункції, зазвичай супроводжується задишкою, прискореним диханням або тим та іншим; проте надмірна седація може викликати гіпоксемію, але може знизити задишку, прискорене дихання або те й інше. Таким чином, пацієнтів у стані

седації слід контролювати за допомогою пульсоксиметрії чи капнометрії. Гіпоксичну задишку може спричинити ателектаз або перевантаження, особливо у пацієнтів із серцевою недостатністю або хронічним захворюванням нирок в анамнезі. Чи є задишка гіпоксичною чи ні, слід визначати за допомогою пульсоксиметрії, а іноді й аналізу газового складу артеріальної крові; рентгенограма грудної клітки допомагає відрізнити гіперволемію від ателектазу.

Гіпоксичну задишку лікують призначенням кисню. Негіпоксичну задишку можна лікувати прийомом седативних препаратів чи аналгетиків.

Знеболення може бути необхідним, як тільки пацієнт прийде до тями. Опіоїди зазвичай є вибором першого ряду і можуть вводитись перорально або парентерально. Часто як початкове дозування призначаються оксикодон/ацетамінофен по 1–2 таблетки (кожна таблетка може містити 2,5–10 мг оксикодону та від 325 до 650 мг ацетамінофену) перорально кожні 4–6 годин або морфін по 2–4 мг внутрішньовенно. год, потім коригують за необхідності; індивідуальні потреби та допустимі дози можуть змінюватися кілька разів. При менш частому прийомі можливі напади болю, які, наскільки можна, слід уникати. При більш сильному болю найкращим варіантом буде контрольоване пацієнтом внутрішньовенне вливання на вимогу (див. Дозування та підбір доз). Якщо у пацієнтів відсутні в анамнезі порушення функції нирок або шлунково-кишкові кровотечі, введення нестероїдних протизапальних препаратів через регулярні проміжки часу може зменшити напади болю, що дозволить зменшити дозування опіоїдів.

У всіх пацієнтів спостерігається легка сплутаність при виході з наркозу. Літні люди, особливо у стані деменції, наражаються на ризик післяопераційного делірію, який може затримати виписку пацієнта та збільшити ризик смерті. Ризик делірію високий, якщо застосовуються антихолінергічні препарати. Ці препарати іноді використовуються до або під час операції, щоб зменшити виділення з верхніх дихальних шляхів, але їх слід, по можливості, уникати. Опіати, введені після операції, можуть викликати марення, як і високі дози H2-блокаторів. Оцінку психічного стану пацієнтів похилого віку

протягом післяопераційного періоду слід проводити часто. При виникненні делірію слід оцінити рівень оксигенації та зупинити прийом усіх неесенціальних препаратів. Пацієнтів слід мобілізувати виходячи зі ступеня їх можливостей та усунути будь-який дисбаланс електроліту чи рідини.

Хірург повинен проводити догляд за кожною раною індивідуалізовано, але стерильну пов'язку, накладену в операційній кімнаті, в цілому не чіпають протягом 24-48 годин, якщо не розвиваються ознаки інфекції (наприклад, біль, еритема, відтік рідини, що наростає). Після видалення стерильної пов'язки операційну область слід оглядати двічі на день на наявність ознак інфекції. Якщо вони спостерігаються, знадобляться обстеження рани та дренаж абсцесу, призначення системних антибіотиків або те й інше. Місцеві антибіотики, як правило, марні.

Ризик тромбозу глибоких вен після операції є малоймовірним, але т.к. наслідки можуть бути дуже серйозними і ризик, як і раніше, високий, ніж у населення в цілому, профілактика часто виправдана. Операція сама по собі підвищує згортання крові і часто вимагає тривалої нерухомості пацієнта, що є ще одним фактором ризику розвитку ТГВ (див. Тромбоемболія легеневої артерії та тромбоз глибоких вен). Профілактика ТГВ зазвичай починається в операційній або раніше (Ризик розвитку тромбозу глибоких вен і тромбоемболії легеневої артерії у хірургічних пацієнтів). Крім того, введення гепарину можна розпочати невдовзі після операції, коли зменшиться ризик кровотеч. Для якнайшвидшого відновлення рухливості пацієнти повинні походжати або почати проходити курс фізіотерапії, як тільки це стане безпечно.

Найпоширенішою причиною післяопераційної лихоманки є запальна або гіперметаболічна реакція на операцію. Інші причини включають пневмонію, інфекції сечовивідних шляхів (ІМП), ранові інфекції та тромбози глибоких вен (ТГВ). Також можливі медикаментозна лихоманка та інфекції, що впливають на пристрої, що імплантуються, і дренажі. Часті причини та

локалізацію джерел лихоманки, що розвивається протягом декількох днів або тижнів після операції, такі:

Сечові шляхи (наприклад, інфекції сечовивідних шляхів)

Органи дихання (наприклад, ателектаз, пневмонія)

Ноги (наприклад, ТГВ)

Ліки (наприклад, лікарська лихоманка)

Пристрої (наприклад, пристрої, що імплантуються, дренажі)

Оптимальний післяопераційний догляд (наприклад, ранній початок пересування та видалення катетерів із сечового міхура, ретельний догляд за раною та дренажем) може зменшити ризик розвитку ТГВ, інфекцій сечовивідних шляхів, ранових інфекцій. Стимульована спірометрія та періодичний кашель можуть допомогти зменшити ризик розвитку пневмонії, тому корисний до 10 разів 1 раз на годину.

Затримка сечі та запори є поширеним явищем після операції. Причини включають:

Антихолінергічні препарати

Опіоїди

Відсутність рухливості

Зниження перорального прийому їжі

Слід контролювати діурез. Пряме зондування зазвичай необхідно при розтягнутому сечовому міхурі та незручності при сечовипусканні або відсутності сечовипускання протягом 6-8 годин після операції; іноді допомагає прийом Креде (тиск область вище лобка під час сечовипускання), завдяки якому зондування може виявитися непотрібним.

Хронічну затримку найкраще лікувати, уникаючи прийому препаратів, що викликають її, і спонукаючи пацієнта сідати в ліжку якомога частіше. Бетанекол у дозі 5–10 мг перорально можна призначати без обструкції сечового міхура і не після лапаротомії; прийом препарату можна повторювати щогодини до максимуму 50 мг/день. Іноді потрібне застосування постійного катетера, введеного в сечовий міхур, особливо якщо у пацієнта в анамнезі

затримка сечовипускання або спостерігається великий початковий викид сечі після прямого зондування. Однак, постійний катетер слід видаляти якнайшвидше, щоб зменшити ризик інфекції.

Запор зустрічається часто і, як правило, вторинний, викликаний прийомом знеболювальних препаратів, операцією на кишечнику, післяопераційною нерухомістю опіоїдами. Запор леча, мінімізуючи прийом опіоїдів та інших препаратів, що його викликають, проводячи ранню активізацію і, якщо пацієнти не піддавалися хірургічному втручанню на ШКТ, прийомом стимулюючих проносних препаратів (наприклад, бісакодил, сенна, каскара). Розм'якшувачі випорожнень (наприклад, докузат) не полегшують післяопераційні запори.

Втрата м'язової маси (саркопенія) та сили м'язів зустрічається у всіх випадках тривалого постільного режиму. При цьому втрата м'язової маси (саркопенія) та сили м'язів у молодих досягає 1% на день, а літні можуть втрачати до 5% на день, оскільки рівні гормонів росту з віком знижуються. Для одужання важливо уникнути саркопонії. Так, хворим слід сидіти в ліжку, переміщатися в кріслі, виконувати фізичні вправи якомога більше і якнайчастіше, якщо це буде безпечно для їх хірургічного та медичного стану. Саркопенії може сприяти недостатність харчування. Таким чином, прийом їжі пацієнтами при повному постільному режимі має бути оптимізований. Слід стимулювати вживання їжі, але може знадобитися зондове годування або, в окремих випадках, застосування парентерального харчування.

Деякі типи операцій вимагають додаткових запобіжних заходів. Наприклад, операція на кульшовому суглобі вимагає, щоб пацієнтів переміщали і мали таким чином, щоб уникнути вивиху стегна. Будь-який лікар, який переміщає таких пацієнтів з будь-якої причини, включаючи прослуховування легень, повинен знати протокол позиціонування, щоб уникнути заподіяння шкоди; часто медсестра є найкращим інструктором.

2.3. Догляд за хворими у відділенні реанімації та інтенсивної терапії

Одним із важливих розділів дослідження стала комплексна оцінка результатів хірургічного лікування хворих на сечівник. Відомо, що основними критеріями результативності хірургії є показники летальності та морбідності, які пов'язані з обсягом післяопераційних ускладнень. Виходячи з розуміння необхідності оцінки та порівняння виразності ускладнень у різних дослідженнях за допомогою систематизованого, об'єктивного та відтворюваного підходу, нами були використані з цією метою актуальні системи індикації, описані в сучасній літературі [28]. Так, Martin RC та ін. (2002) запропонували 10 критеріїв, яким повинні відповідати представлені результати дослідження при аналізі ускладнень після хірургічних втручань [29].

Слід зазначити, що з висновку цілої низки експертних комісій з аналізу адекватності сучасних систем оцінки хірургічних результатів досі не створено жодної універсальної загальноприйнятої такої системи. Те саме стосується і систем оцінки післяопераційних ускладнень. Разом з тим, Clavien PA та Dindo D (1992) запропонували досить уніфіковану систему оцінки ступеня тяжкості післяопераційних ускладнень [30], яка була згодом доопрацьована та прийнята більшістю дослідників [31, 32].

Важливо розуміти, що дана класифікація ускладнень застосовується для оцінки лише післяопераційних ускладнень. Спроби модифікації та її змін, включення до цієї системи інтраопераційних ускладнень тощо. буд., ведуть до неправильної інтерпретації результатів, втрати об'єктивності і відтворюваності [3334].

Для комплексної оцінки отриманих нами результатів хірургічного лікування пацієнтів після РЦЕ ми керувалися якісними критеріями для точного та всебічного формування звіту про хірургічні результати, рекомендовані EAU.

Відповідно до представлених критеріїв, у нашому дослідженні клінічні, патоморфологічні результати та дані про ускладнення, що розвинулися, були зібрані із застосуванням проспективного методу накопичення даних. Єдиним

способом отримання даних при терміні спостереження до 90 днів було інтерв'ювання пацієнтів «віч-на-віч» з паралельним анкетуванням. Збір та аналіз даних виконано двома лікарями урологами – безпосередніми учасниками хірургічного та лікувального процесів.

Усі ускладнення постхірургічного моніторингу були зареєстровані та класифіковані згідно з визнаною п'ятиступінчастою класифікацією Clavien-Dindo [31]. У цьому ускладнення 1-2 ступеня розцінювалися як легкі чи помірної тяжкості, а 3-5 ступеня - як важкі. Ускладнення, що пустували в межах перших 30 днів, розцінювалися як ранні, у строки від 31 до 90 днів - як пізні. Крім того, і ранні та пізні ускладнення ранжувалися як пов'язані з хірургією (РЦЕ та деривацією) або як не пов'язані, з докладним аналізом та визначенням критеріїв включення до тієї чи іншої категорії.

Слід зазначити, що вкрай непростим завданням при використанні будь-якої системи класифікації післяопераційних ускладнень є правильне трактування, визначення і стратифікація за видами. Відповідно до рекомендацій Вашингтонського університету в Сент-Луїсі в рамках створення та впровадження в практику в 2009 році комплексної класифікації виразності післяопераційних ускладнень (Accordion Severity Grading of Postoperative Complications, [35]) ми диференціювали 3 типи негативних післяопераційних подій: власне ускладнення процедури (операції), наслідки процедури та невдачі в лікуванні. У цьому класифікація ускладнень дуже непроста і трудомістка. Серед ускладнень виділяли такі підгрупи:

ускладнення, не пов'язані з метою чи результатом самої процедури;

ускладнення, що є ненавмисним результатом процедури;

ускладнення, що виникли в тимчасовій близькості до процедури, тобто збіглися з процедурою в часі;

ускладнення, що змінюють нормальний перебіг післяопераційного періоду;

складення, що викликають зміни у віданні та спостереженні за пацієнтом;

складення, що збільшують морбідність (тобто викликають страждання безпосередньо, наприклад, шляхом заподіяння болю, або побічно, піддаючи пацієнта додатковим втручанням).

Наслідки процедури трактували як неминучі ефекти процедури, пов'язані саме з цією процедурою (операцією), що є її невід'ємною частиною та характерні для неї – процедурно-специфічні. Наприклад, еректильна дисфункція та відсутність еякуляту після нервуючої РЦЕ; наявність убогих слизових виділень у зоні стоми при континентній шкірній уродеріваці; неконтрольоване закінчення сечі на шкіру при формуванні ілеокондуїту; відсутність фізіологічного позову до сечовипускання після РЦЕ тощо.

Невдачу в лікуванні визначали як неможливість досягнення мети процедури або як неможливість збереження досягнутої мети. Наприклад, неможливість видалення пухлини у радикальному обсязі; неможливість видалення всіх каменів із сечоводу; рецидив пухлини; рецидив стриктури та ін.

Наслідки процедур та невдачі у лікуванні ретельно реєстрували, а результати подавали окремо від ускладнень. Звертали увагу на правильну інтерпретацію ускладнень, які закінчуються тривалими порушеннями, обмеженнями можливостей та інвалідністю. Такі порушення вважали наслідками ускладнень. Наприклад, інсульт, що розвинувся після операції, розцінювали як основне ускладнення і реєстрували, класифікували в системі аналізу ускладнень Clavien-Dindo з відповідним ступенем. А тривалу афазію та геміпарез слідом за інсультом, відносили до наслідків та основного ускладнення (інсульту) та реєстрували, та описували їх окремо, у розділі, присвяченому пролонгованим порушенням.

Відповідно до рекомендацій, у системі оцінки післяопераційних ускладнень Clavien-Dindo реєстрували кілька ускладнень в одного пацієнта, за наявності таких [35-36]. Наприклад, у разі розвитку у пацієнта в післяопераційному періоді динамічної кишкової непрохідності з тривалим парезом, пневмонії та кропив'янки реєстрували всі ці ускладнення окремо з відповідними ступенями виразності для кожного. Тим самим уникали помилок ба-

гатьох досліджень з низькою достовірністю, де на одного пацієнта реєструвалося по найтяжчому ускладненню. Разом з тим, окремо виділяли особливі випадки ускладнень, при яких у конкретного пацієнта реєструвалося одне, найважче ускладнення. Наприклад, у пацієнта, який мав дренований раневий абсцес, потім розвинулась евентерація, виконана санаційна лапаротомія, розвинулась поліорганна недостатність і настала смерть від сепсису, ситуація розцінена як початкове септичне ускладнення, ступінь якого зросла в часі. Це ускладнення зареєстроване як єдине, як випадок ранньої післяопераційної смерті через розвиток сепсису.

Пацієнти, які зазнають багаторазових ускладнень того ж самого типу (повторні міграції дренажів, повторні евентерації, повторні атаки пієлонефриту, повторні стриктури сечовивідних шляхів, повторні епізоди кам- неутворення верхніх сечових шляхів, сечових резервуарів ін.), враховувалися і регістр пізньому та відстроченому періодах післяопераційного моніторингу відповідно.

Динамічна кишкова непрохідність була визначена нами як нездатність до прийняття твердої їжі до п'ятого післяопераційного дня, та/або необхідність повторної установки назогастрального зонда, та/або необхідність припинення перорального прийому їжі через здуття живота, нудоту або блювання.

Випадки, коли у терміни від 31 до 90 дня після операції на амбулаторному етапі наставала смерть хворого, а причину її не вдавалося встановити (т.зв. «смерть вдома» без подальшого розтину - поодинокі випадки), також реєструвалися як пізні післяопераційні ускладнення (Clavien-Dindo - V ст.), зі смертю з невстановлених причин. На відміну від аналогічних досліджень, де автори реєструють у померлих пацієнтів лише одне - найважче ускладнення, що безпосередньо призвело до смерті, ми в деяких випадках реєстрували кілька, за наявності таких. Наприклад, у разі розвитку у пацієнта на 2-у добу аритмогенного шоку з набряком легень на тлі якого на 4-у добу додатково розвинулася кишкова неспроможність, що вимагала виконання лапаротомії

та колостомії, з подальшим посиленням порушень ритму серця та смертю пацієнта на 5- е добу на тлі раптової зупинки серця – зареєстровано два ускладнення: кишкова неспроможність з лапаротомією та колостомією (Clavien-Dindo – IIIb ст.) та аритмія із зупинкою серця (Clavien-Dindo – V ст.). Такий підхід з погляду об'єктивніше відбиває морбідність хірургічного лікування.

У літературі прийнято ранжувати післяопераційні ускладнення як пов'язані і пов'язані з резервуаром. Такий підхід застосований нами у виконаному дослідженні, і він абсолютно коректний, коли до аналізу включаються лише ті пацієнти, які перенесли ту чи іншу кишкову деривацію сечі. Однак пацієнти із зовнішніми позакишковими варіантами відведення сечі (уретерокутанеостоми, ППНС) також можуть мати пов'язані з деривацією ускладнення, такі як випадання та порушення функції дренажів, атаки пієлонефриту, формування конкрементів, стенози сечоводо-шкірних соустій, стриктурів сечів, стриктури сечів. У зв'язку з тим, що до нашого аналізу включені пацієнти, як з кишковими, так і позакишковими формами уродеривації, ми вважали коректнішим термінологічно ранжувати післяопераційні ускладнення як пов'язані і не пов'язані з деривацією сечі, а не з резервуаром. Крім вищезгаданого в аналіз включені випадки регоспіталізацій з аналізом підстав для неї та випадки повторних операцій з аналізом їх типів та причин. В обов'язковому порядку реєструвалися усі випадки вибуття пацієнтів з-під спостереження.

Великі, складні, травматичні і тривалі оперативні втручання, операції у хворих літнього і старечого віку, у тих, що мають важку супроводжуючу патологію, потребують старанної передопераційної підготовки та інтенсивної терапії в ранньому післяопераційному періоді.

В сучасних клініках організовані спеціалізовані відділення, де здійснюється інтенсивне спостереження, тобто, постійний кваліфікований контроль за станом хворого. Лікарі, середній та молодший медичний персонал відділення інтенсивної терапії або реанімації здійснюють комплекс універсальних

лікувальних заходів, спрямованих на нормалізацію гомеостазу, попередження і лікування гострих порушень життєвоважливих функцій серця, легень, печінки, нирок, обмінних процесів у хворих, що перебувають у критичному стані.

Відділення анестезіології і реаніматології або реанімації та інтенсивної терапії повинні бути поблизу від приймальної палати та операційного блоку. В кожному відділенні повинні бути реанімаційні зали, палати інтенсивної терапії, операційна для нетранспортабельних хворих, в якій виконуються невеликі операційні втручання (трахеостомія, пункція плевральної порожнини та ін.), а також перев'язки під час ревізії операційних ран, редренування та ін.; експреслабораторія, кабінет зав. відділенням, ординаторська, кімнати старшої сестри і сестри-господарки, середнього і молодшого персоналу, душові, санвузол.

Відділення реанімації та інтенсивної терапії оснащується функціональними ліжками, які дають змогу хворому перебувати у вигідному для нього положенні. Ліжка розташовуються у залах і в палатах так, щоб до хворого можна було вільно підійти з трьох боків, і щоб усі вони буди добре помітними з сестринського поста. Вони забезпечені великими колесами з гальмовим обладнанням, що дає змогу їх легко пересувати і використовувати для доставки хворого з операційної та при переводі до хірургічного відділення. Кожне ліжко забезпечується штативом для інфузійної системи, звукової і світлової сигналізації, індивідуальним світильником, централізованою подачею кисню, контрольно-діагностичною, дихальною, наркозною апаратурою.

В палатах є також апарати, що дають змогу реєструвати частоту пульсу, його ритм, ЕКГ, параметри дихання, артеріальний і центральний венозний тиск, тиск у легеневій артерії та інше. Експрес-лабораторія дає інформацію про рівень гемоглобіну, гематокріту, білків, електролітів, ОЦК, кислотно-лужного стану, білірубіну, сечовини, цукру, протромбіну та ін. Періодичну інформацію збирають не рідше 3 разів на добу, а при необхідності і частіше, контролюючи таким чином стан хворого і ефективність ін-

тенсивної терапії. У тих випадках, коли хворим необхідна екстрена допомога, в палатах інтенсивної терапії повинна бути апаратура для ШВЛ, набори для трахеостомії та венесекції, апарат для дефібріляції серця, набір лікарських препаратів, трансфузійних засобів та ін. Для зниження мікробної флори повітря в палатах встановлюються пересувні рециркуляційні повітряочищувачі.

Двері у відділення повинні бути зачиненими. Лікувальні приміщення і тамбур перед входом обладнують стаціонарними бактерицидними ртутно-кварцевими лампами низького тиску. Організація праці лікарів, середнього і молодшого персоналу відзначається цілим рядом особливостей, обумовлених тяжким станом хворих, екстреністю медичної допомоги, різним обладнанням, високим напруженням розумових і фізичних сил, моральної відповідальності за життя пацієнтів.

Персонал відділення повинен бути зібраним, акуратним, професійно грамотним. В основі інтенсивного спостереження лежить раннє виявлення симптомів, котрі свідчать про порушення обміну речовин або виникнення ускладнення в післяопераційному періоді, а також неадекватність відповідних реакцій хворого на лікувальні дії, що дає змогу попередити виникнення критичних станів. Інтенсивне спостереження може бути візуальним, моніторним, лабораторним і комбінованим. На кожного хворого слід завести карту погодинного спостереження і листок призначення. Через 1—3 години протягом доби реєструються показники дихання, кровообігу, температури тіла, діурезу, кількість виділеного по дренажах і катетерах, об'єм рідини, яку вводять, і тієї, що виводиться.

При оцінці стану хворого важливе значення має спостереження за функціональним станом органів (форма і ступінь здуття живота, напруження м'язів передньої черевної стінки, наявність внутрішньої або зовнішньої кровотечі, стан післяопераційної рани та ін.). Заслуговують на увагу ікавка або блювання в післяопераційному періоді, кількість і характер шлунково-кишкового виділення, його колір, запах. Аускультація і перкусія живота дають змогу визначити перистальтичні шуми кишечнику, наявність газу або

рідини в черевній порожнині. Динамічне спостереження за функцією дихання і серцево-судинної системи найчастіше здійснюється за допомогою моніторних обладнань.

Моніторна техніка дає змогу реєструвати частоту дихання, вміст вуглекислого газу, число серцевих скорочень, артеріальний і центральний венозний тиск, ЕКГ, тиск в порожнинах серця, температуру тіла та ін. У випадках, коли хворий перебуває на штучній вентиляції легень (ШВЛ), слід вести старанне спостереження за роботою респіратора, контролювати хвилинний об'єм дихання, частоту його, тиск при вдиху і видиху, визначати ступінь адаптації хворого до апарату, виконувати аускультативний контроль, туалет трахеобронхіального дерева. Поряд з візуальним і моніторним спостереженням не менш важливим є лабораторна діагностика, що дає змогу вивчати до 55 лабораторних показників.

При тривалій ШВЛ, крім контролю її ефективності за клінічними, рентгенологічними і лабораторними даними, слід проводити вібраційний і перкусивний масаж грудної клітки. Харчуються такі хворі парентерально або через зонд. В залежності від функціонального стану кишечнику призначають очищувальні, гіпертонічні або сифонні клізми. Особливу увагу слід звернути на функціонально вигідне положення хворого. Тривале положення на спині призводить до розвитку пролежнів, гіпостатичної або абсцедуючої пневмонії, легеневої недостатності. Розлад дихання нерідко спостерігається внаслідок механічної закупорки дихальних шляхів (западання язика, закупорка чи затікання блювотних мас в дихальні шляхи, закупорка штучною щелепою і зйомними зубами та ін.).

При западанні язика необхідно висунути нижню щелепу наперед так, щоб хрипляче дихання змінилось на рівне, або ввести повітрявід. При асфіксії застосувати штучне дихання засобом «рот в рот» або «з рота в ніс». Для попередження потрапляння блювотних мас в дихальні шляхи голову хворого повертають вліво, щоб витікав вміст шлунку. З метою евакуації блювотних мас тампоном і змазують вазеліновим маслом, розчином гліцерину чи

іншими засобами. Слід дотримувати суворої асептики при венепункції, катетеризації судин, сечового міхура, зміни інфузійних систем і перев'язках.

Персоналу відділення важливо стежити за випорожненням і сечовипусканням хворих. Можливі мимовільні сечовипускання і дефекація. Необхідно використовувати підкладні клейонки і додаткову білизну, котрі замінюються після забруднення. Харчування хворих проводиться лише після дозволу оперуючого хірурга або лікуючого лікаря. Ентеральне приймання харчів проводиться малими дозами з ложки чи поїльника. Харчі даються висококалорійні, легкозасвоювані, в теплому і рідкому вигляді. За спеціальними хірургічними показниками харчі у вигляді поживних сумішей вводяться по постійному назогастральному зонду (зондове ентеральне харчування).

Хворі, що оперовані з приводу перитоніту, гнійних захворювань і післяопераційних ускладнень, розміщуються в ізольовані палати. В них повинна бути гарна вентиляція (4—8-кратний обмін повітря на годину), що забезпечується вентиляційними установками з перевагою притоку і бактеріальними фільтрами. Досить ефективним методом зниження бактеріальної флори є кондиціонування. Для виключення перехресної інфекції, поруч з ретельною дезинфекцією, доцільне короткочасне перебування хворих у відділенні.

По можливості дотримують систему циклічності заповнення палат. Черговість «роботи» і «відпочинку» приміщень є дієвою мірою профілактики внутрішньолікарняної інфекції. Прибирання приміщень проводять вологим способом не рідше 2 разів на день з використанням дезинфікуючих засобів. Один раз на тиждень проводять генеральне прибирання приміщень.

Перед надходженням хворих з операційної дезінфікують приліжкову тумбочку, ліжко, потім застилають ліжко білизною, котра пройшла камерну обробку. Постільну білизну міняють щодня. Поряд з ретельним доглядом за хворим важливе значення має дотримання правил медичної етики і деонтології.

Лікар, середній і молодший медичний персонал мусять виявляти співчуття, підтримувати атмосферу посиленої уваги до хворого і надію на виду-

жання, берегти його психіку. Персонал відділення регулярно обстежується на бактеріоносіїв і при їх виявленні проводиться санація. Особи з ознаками інфекційних захворювань до роботи не допускаються. Відвідування хворих родичами не дозволяється. Огляд хворих лікуючими лікарями, консультантами допускається лише в змінному одягу і бахілах.

При злоякісних захворюваннях товстого відділу кишечника, непрохідності, перфорації з розлитим гнійним перитонітом, операцію нерідко закінчують виведенням кишки на передню черевну стінку (колостомія). Існують різні варіанти накладання колостом: одно-двохстовбурні, тимчасові, постійні, однак за всіх умов вимагається їх старанний догляд. Після розсікання колостоми шкіру навколо неї слід обробити розчином фурациліну (можна йодонатом, дімексидом або іншими антисептиками).

Виведену частину кишки прикривають марлевою серветкою, змоченою синтоміциновою емульсією або вазеліновим маслом. При просочуванні серветок кишечним виділенням їх негайно замінюють, кишку і шкіру обмивають теплим розчином фурациліну, а потім знову обробляють антисептиками і накладають асептичну пов'язку. Після відновлення перистальтики кишечника з метою охорони операційної рани і шкіри від забруднення на стому накладають калоприймач. Останній повинен відповідати діаметру норицевого отвору і щільно прилягати до шкіри. На кільце кріпиться поліетиленовий мішок, який при наповненні замінюється іншим.

Для запобігання дерматиту шкіру під кільцем потрібно обробляти пастою Лассара або цинковим мастилом. Нині застосовуються різні моделі калоприймачів з одноразовими пластиковими мішками, пористими фільтрами та ін. Однак у всіх випадках медичному персоналу необхідно стежити за чистотою калоприймача, шкіри і нормальною функцією стоми.

З цією метою налагоджують регулярний режим харчування і дефекації. При запорах призначають чорний хліб, капусту, сирі фрукти, свіжий кефір, молоко, мед, при проносах - білий хліб, рис, сир, картопляне пюре, бульйон, м'ясо, цукор. Очищувальні клізми можна робити і через колостому. На кільце

калоприймача одягають довгий целофановий рукав, кінець якого опускають в унітаз, а через додаткові отвори вводиться в стому зонд, через який вливають 1-1,5 літра води.

Деякі урологічні операції також закінчуються утворенням нориці. Нориці накладають на сечовий міхур або на сечоводи. Сечоприймачі мають практично таку ж конструкцію і кріплення, як і калоприймач. Діаметр їх значно менший і повинен відповідати отвору фістули, фістули, накладені на сечовий міхур, можуть бути тимчасовими і постійними. У порожнину міхура вводять катетер Петцера, котрий добре фіксується. Кінець катетера опускається в скляну посудину або поліетиленовий пакет, підвішений до пояса хворого або до ліжка. Під час догляду потрібно стежити, щоб сеча не витікала мимо катетера, пов'язка лежала добре і не промокала. Для запобігання уроінфекції 1-2 рази на день сечовий міхур промивають через катетер антисептиками.

Хворі з каловими, сечовими фістулами повинні перебувати в окремих палатах, де проводиться щоденне дворазове прибирання з застосуванням сучасних дезінфікуючих засобів. Персонал працює в ковпаках, халатах, масках, рукавичках. Після закінчення роботи необхідно змінити одяг, прийняти душ, дезінфікувати руки.

Розділ 3. Експериментальне дослідження особливостей перебігу післяопераційного періоду у хворих з захворюванням органів сечостатевої системи в умовах відділення анестезіології з ПІТ

3.1.Обєкт та методи дослідження.

Для проведення експериментального дослідження особливостей перебігу післяопераційного періоду у хворих з захворюванням органів сечостатевої системи в умовах відділення анестезіології з ПІТ нами було сформовано експериментальну групу пацієнтів до якої увійшли 20 осіб (чоловікі та жінки віком від 40 до 60 років)

Таблиця 3.1.

Характеристика обстежених пацієнтів

№	стать	вік	діагноз
Пацієнт 1	жін.	42	сечокам'яна хвороби
Пацієнт 2	чол.	45	меатотомія
Пацієнт 3	жін.	43	Грижа сечового міхура
Пацієнт 4	жін.	47	Повне маточновагінальне випадання
Пацієнт 5	чол.	49	Висічення поліпа уретри
Пацієнт 6	чол.	42	Висічення слизової уретри
Пацієнт 7	жін.	51	Ректоцеле ентероцеле
Пацієнт 8	жін.	42	Кіста жовтого тіла
Пацієнт 9	чол.	47	Цистостомія
Пацієнт 10	жін.	56	Свищ із вагіни в тонкий кишечник
Пацієнт 11	чол.	51	Цистостомія
Пацієнт 12	жін.	57	сечокам'яна хороба
Пацієнт 13	чол.	45	Цистостомія

Пацієнт 14	жін.	60	Ректоцеле ентероцеле
Пацієнт 15	жін.	56	Свищ із вагіни в тонкий кишечник
Пацієнт 16	жін.	53	Повне маточновагінальне випадання
Пацієнт 17	чол.	43	меатотомія
Пацієнт 18	чол.	55	Цистостомія
Пацієнт 19	чол.	57	сечокам'яна хвороба
Пацієнт 20	чол	59	сечокам'яна хвороба

Загалом 10 жінок та 10 чоловіків.

Всі пацієнти перебувають у відділенні анестезіології.

3.2.Результати дослідження

Нами було досліджено скільки пацієнтів мали затримку сечовипускання в післяопераційний період.

Таблиця 3.2.

Кількість пацієнтів що мали затримку в сечовипусканні в післяопераційний період

стать	кількість пацієнтів
жінок	4
чоловіків	7

Отже, ми бачимо що затримку сечовипускання в післяопераційний період мали 4 з 10 жінок та 7 з 10 чоловіків.

Таблиця 3.3.

Види уродеривації

Методики уродеривації	кількість операцій	%	p

Ортопічна істопластика	213	45.5%	
Інвертаційна ілеоцистопласти-ка	79	17.2%	00,5
Гетеротопічна уротропія	46	10%	00,5
Всього	370	80.8%	

Таблиця 3.4.

Післяопераційний моніторинг пацієнтів

Післяопераційний моніторинг	Місяців
Термін спостерігання після цистекто-мії-середнє/стандартне відхилення	50±55,9
Максимальний термін спстереження піcл цистектомії	552
Період спостереження після виведе-ння середнє/стандартне відхилення	50,3±48,3
Максимальний термін спостереження після виведення	263

Таблиця 3.5.

Загальний моніторинг пацієнтів

Моніторинг	n (Abs.)	%
Загальна кількість померлих за весь період спостереження.	163	35,6
Період спостереження за померлими-середнє значення/стандартне відхи-лення/	27,1±25,7 (0/155)	-

Кількість вибулих з-під спостереження в різні періоди за весь період спостереження	66	14,4
Період спостереження для пенсіонерів - середнє значення / стандартне відхилення / (хв. / макс.) (міс.)	37,7±31,7 (1/141)	-
Кількість спостережених пацієнтів за 2018 рік	229	50,0
Період спостереження за пацієнтами, які перебувають під спостереженням - середнє / стандартне відхилення / (хв. / макс.) (місяці)	154,7±33,3 (92/263)	-

З позицій накопиченого світового та власного досвіду з уродерівації, оптимальним на сьогоднішній день є виконання і РЦЕ, і остаточного варіанта континентної деривації сечі в рамках однієї хірургічної процедури. Тим не менш, це не завжди можливе з ряду причин, насамперед у зв'язку із соматическим статусом пацієнта. У такій ситуації після виконання РЦЕ хірург повинен робити вибір між виконанням складної континентної деривації (орто- або гетеротипічної) з високим ризиком, виконанням компромісної процедури з меншим ризиком як остаточної (інконтинентна гетеротопічна - операція Bricker, або деривація в безперервний товстий кишечник) варіант відведення сечі виконати відстрочено, вдавшись до «тимчасової простої деривації». Отже, у низці клінічних ситуацій остаточний континентний варіант деривації може бути реалізований лише другим етапом, у межах додаткової відстроченої операції, що є ще складнішою хірургією [16-19]. Також максимально складними є хірургічні техніки відстроченої конверсії одного варіанта уродерівації в інший, необхідність у виконанні яких виникає, зокрема, при уретральному рецидиві після ортотопічної реконструкції МП. Подібні хірургічні процедури відрізняються значною кількістю та видами

потенційних ускладнень і вимагають додаткового аналізу та експертної оцінки. У зв'язку з цим стає очевидним, що більшість серйозних, зокрема летальних ускладнень, слід пов'язувати з межкишечными анастомозами, конструйованими сечовими резервуарами та інших., а чи не з ЦЭ [17, 18]. Ця тенденція відзначена і в нас у дослідженні, проте навіть при цьому переважним методом деривації сечі у наших пацієнтів з'явилася ортотопічна цистопластика – 46,5%.

Однією з важливих передопераційних характеристик пацієнтів, які потенційно погіршують хірургічну результативність ЦЕ та деривації, є наявність в анамнезі перенесених хірургічних втручань. Насамперед, це стосується пацієнтів, які мають попередні операції на органах черевної порожнини та органах малого тазу. Цей факт підтверджується недавніми зарубіжними дослідженнями, за результатами яких до факторів, що збільшують морбідність після РЦЕ, відносили попередні операції на черевній порожнині та малому тазі [14, 15].

Пацієнтів, які мають в анамнезі попередні операції на органах черевної порожнини та малого тазу (що потенційно значно впливає на результат будь-якої повторної хірургії), виявилося більше, ніж у кожного третього, і становило – 34,2%. Разом з тим, при аналізі середньої кількості таких операцій на 1 пацієнта з попередньою хірургією, що свідчить про ступінь вираженості преморбідності за даною ознакою, він відповідав 1,75 операцій на 1 пацієнта. Це визначало пов'язані з попередніми операціями інтраопераційні хірургічні труднощі та потенційні ускладнення у цій когорті пацієнтів.

Кількість пацієнтів, які мають супутню патологію, виявилася значно вираженою і відзначено практично у кожного пацієнта (381 хворий – 83,1%). Перелік нозологічних форм супутньої патології подано у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6.

Супутні хвороби

Comorbidites
Kidney cancer

Larynx cancer

Colon cancer

Vaginal cancer

Prostate cancer

Transitional cell carcinoma of the upper urinary tract (condition after radical nephrureterectomy)

Chronic lymphocytic leukemia

Uterine myoma

Prostate adenoma (with previous surgical treatment)

Tuberculosis of the genitourinary system

Coronary heart disease

Hypertonic disease

Obesity

Diabetes

Lower extremity varicose veins

Epilepsy

Consequences of acute cerebrovascular accident

Alcoholism

Stomach ulcer

Chronic hepatitis

Chronic pancreatitis

Irritable Bowel Syndrome

Crohn's disease

Bladder-vaginal-rectal fistula

Adhesive disease of the abdominal cavity

Bilateral ureteral strictures

Bladder-ureter reflux complicated by bilateral ureterohydronephrosis, recurrent attacks of pyelonephritis

Urolithiasis

Kidney hypoplasia

Chronic kidney disease (intermittent or terminal stage)
Urethral stricture
Urinary incontinence

Разом з тим, при оцінці індексів коморбідності Чарлсона, скоригованих на вік для кожного пацієнта індивідуально, об'єктивно визначено ступінь вираженості супутньої патології та прогностичну 10-річну виживаність пацієнтів, які можуть істотно впливати на показники післяопераційної морбідності та виживання. При цьому виявлено, що у всій групі пацієнтів середнє значення індексу коморбідності Чарлсона скоригованого на вік виявилося максимальним - 2,6±1,6 (від 0 до 8).

Аналогічно ранжувалися і показники середньої кількості супутніх нозологій на 1-го коморбідного пацієнта у групі - 2,3. Крім того, та ж тенденція збереглася і при аналізі передбачуваної 10-річної виживання пацієнтів: вона виявилася середньою – 61,7±32,2%. У результаті кількість пацієнтів з несприятливим преморбідним тлом, що зумовлює найгірший прогноз виживання, виявилося максимальним у досліджуваній групі. Водночас ті ж показники – середнє значення скоригованого індексу Чарлсона та прогностична 10-річна виживання – для некоморбідних пацієнтів виявилися більш сприятливими – 1±0,9 (0/2) та 87,2±11,7% відповідно. Важливість оцінки соматичного статусу пацієнта перед рішенням про вибір радикальної хірургії при РМП була підкреслена в багатьох дослідженнях, які демонструють чіткий взаємозв'язок між ступенем вираженості супутньої патології (коморбідністю), несприятливими патологічними результатами та результатами виживання після РЦЕ.

Так протягом останніх десятиліть неодноразово робилися спроби кращої стратифікації хворих, проте у більшості досліджень під час аналізу результатів РЦЕ не використовувалися шкали визначення індексу коморбідності в оцінці соматичного статусу пацієнта. З цього приводу в Клінічних рекомендаціях Європейської Асоціації урологів 2018 року зазначається, що

скоригований на вік індекс коморбідності Чарлсона є найбільш широко використовуваним індексом коморбідності при раку для оцінки довгострокового виживання, і повинен обов'язково обчислюватися та оцінюватись за допомогою спеціально розробленого калькулятора [7].

Таким чином, ретроспективний аналіз таких важливих предикторів хірургічної морбідності та післяопераційної летальності як загальна кількість пацієнтів з попередніми операціями (насамперед пацієнтів з операціями на органах черевної порожнини та малого тазу), тяжкість супутньої патології у коморбідних пацієнтів, а також літнього виживання, виявив недостатньо високі результати за основними критеріями у досліджуваних пацієнтів.

Отримані дані свідчать, у тому числі, про очевидну необхідність чіткого відбору пацієнтів для хірургічного лікування в обсязі ЦЕ з уродерівацією, з найбільшою їх вибірковістю та необхідністю її вибору.

Використані нами сучасні системи індикації дозволили всебічно та об'єктивно оцінити частоту та ступінь виразності післяопераційних ускладнень. Основними критеріями хірургічної результативності у цьому дослідженні з'явилися загальноприйняті показники післяопераційної морбідності і летальності. Кількісна їх оцінка визначалася числом ранніх та пізніх хірургічних ускладнень (у межах 30 і 90 днів після операції відповідно), а також ранньою та пізньою післяопераційною летальністю у ті ж часові інтервали. Для об'єктивності результатів ми реєстрували всі ускладнення, що виникли, і летальні наслідки в ранньому і пізньому післяопераційних періодах. Усі післяопераційні ускладнення ранжували на пов'язані та НЕ пов'язані з виконаною уродерівацією.

Затримка сечовипускання ускладнила перебіг післяопераційного періоду. При цьому у 3 хворих на тлі інтермітуючої катетеризації, застосування альфаадреноблокаторів та НПЗЗ відновилося самостійне сечовипускання, у 6 пацієнтів довелося виконати троакарну епіцистостомію під УЗ-контролем. Надалі, цим пацієнтам виконувалася уретроцистоскопія, в ході якої встановлено наявність резидуальної тканини, яка відіграє роль «клапана» в

простатичному відділі уретри, що, ймовірно, і стало причиною затримки сечовипускання. Повторно проведена ТУР ПЗ дозволила ліквідувати дане ускладнення та реабілітувати пацієнтів.

Серед ускладнень пізнього післяопераційного періоду слід особливо відзначити нетримання сечі, виражене різною мірою, і у 7 пацієнтів. Крайнього ступеня виразності – тотального нетримання сечі був у жодному разі. Поліпшення континенції, після проведення консервативної терапії, вдалося досягти у більшості хворих. Стриктури уретри та склероз шийки сечового міхура, у нашому дослідженні, виявлено у 5 пацієнтів. Стриктури уретри – 2, локалізовані найчастіше у місці переходу бульбозного відділу в мембранозний, рідше у пенільному відділі (меатостеноз) та були непротяжними <5 мм.

На наш погляд, це були катетери асоційовані стриктури, проте не можна виключити і технічні похибки під час операції (механічна травма тубусом резектоскопа, при тривалих операціях). Усім цим пацієнтам виконано оптичну уретротомію. Склероз шийки сечового міхура став причиною виникнення обструктивної симптоматики в пізньому післяопераційному періоді у 3,8% хворих. У всіх випадках виконана ТУР корекція шийки сечового міхура. При гістологічному дослідженні видалених тканин було виявлено склероз та ознаки хронічного запалення.

Виявлення при гістологічному дослідженні тканини ДГПЗ після повторних втручань розцінено як «хибний» рецидив, в результаті технічної похибки при виконанні першої операції. Якщо провести аналіз інтраопераційних та ранніх кровотеч за роками, то більшість із них мали місце у перші три роки. За останній рік інтраопераційних кровотеч, які вимагали гемотрансфузій, не відзначено. З накопиченням досвіду хірурга частота інтраопераційних ускладнень значно знизилася, за останні 2 роки гемодинамічно значущих кровотеч не спостерігалося.

Відомо, що більшість післяопераційних ускладнень, що розвиваються, у даної категорії хворих пов'язана не тільки і не стільки з самої РЦЕ, скільки з варіантом уродеривації і досвідом хірурга її виконуючого. У цьому окремий

розділ роботи виділено докладне вивчення безпосередніх і віддалених результатів різних варіантів відведення сечі.

Нами застосовано такі методи статистичного аналізу: перевірка нормальності розподілу кількісних ознак з використанням критерію Колмогорова-Смирнова з поправкою Лілієфорсу та критерію Шапіро-Вілка; перевірка рівності генеральних дисперсій за допомогою точного критерію Фішера та Кохрена; аналіз таблиць сполученості; ранговий кореляційний аналіз; з урахуванням послідовного вибування з аналізу хворих з причин виходу з-під спостереження чи різних видів смерті пацієнтів, з проходженням лише часткового спостереження у межах загального терміну дослідження. Вибіркові параметри, що наводяться далі в описі, мають такі позначення: n - обсяг аналізованої підгрупи; X±Y - значення кількісного чи якісного показника зі стандартним відхиленням; p – досягнутий рівень значущості. Критичне значення рівня значимості приймалося рівним 5%.

Достовірність отриманих результатів обґрунтована достатньою за обсягом базою даних (n=458), включеними в клініко-статистичний аналіз показниками та адекватними методами параметричної та непараметричної статистики з розрахунком достовірності міжгрупових відмінностей, визначенням кореляційних зв'язків та взаємної сполученості, застосуванням дисперсійного аналізу. цих цілей всі аналізовані у роботі показники були формалізовані й у єдину базу даних. Їхня статистична обробка проводилася за допомогою пакету прикладних програм: StaWsWca 7.0 (StatSoft, USA); BioStat 2009 (Analyst Soft Inc., USA), Microsoft Excel 2013 та Microsoft Access 2010 (Microsoft Corporation Corporation, USA).

Для загальної характеристики хворих у групах порівняння методами описової статистики застосовували розрахунки середніх арифметичних величин (M) та помилок середніх та стандартних (середньоквадратичних) відхилень (m). У разі нормальності розподілу показників у 2-х групах їх порівняння здійснювали за допомогою критерію Стьюдента (у варіантах для незалежних та пов'язаних вибірок), а за значних відхилень використовувався кри-

терій Манна-Уітні (для незалежних вибірок) або Вілкоксона (для пов'язаних вибірок).

Відмінності у розподілі хворих у групах порівняння за декількома ознаками – більше 2-х (наприклад, за стадіями РМП, за видами СЕ та дериватій, за їх термінами тощо) використовували однофакторний дисперсійний аналіз (модуль непараметричної статистики ANOVA пакету STATISTICA 7.0). Аналіз якісних показників проводили за даними таблиць спряженості, з використанням критерію 2 і методу Фішера. Критичний рівень значущості (p) нульової статистичної гіпотези (про відсутність значних відмінностей) приймали рівним 0,05. Таким чином, при аналізі всіх порівняльних результатів відмінності вважалися статистично достовірними, якщо ймовірність помилки була меншою за 5% ($p<0,05$).

Висновки

Активне виявлення хворих дозволяє збільшити кількість пацієнтів групи диспансерного спостереження, зокрема на ранніх стадіях; як наслідок призводить до збільшення кількості радикальних оперативних втручань, рахунок своєчасної діагностики неускладнених форм. Серед радикальних операцій акцент зміщується на користь трансуретральних операцій, не тільки за рахунок збільшення кількості хворих, а й за рахунок «розширення» показань до ТУР (з накопиченням досвіду, хірург може виконувати ТУРи у разі більшого об'єму залоз – до 100 см3). Кількість ускладнень безпосередньо залежить від досвіду хірурга і може бути індикатором роботи урологічної служби загалом.

Результати проведених досліджень свідчать, що при компенсованих супутніх серцево-судинних і бронхолегеневих захворюваннях, цукровому діабеті й ожирінні у хворих з гінекологічною патологією необхідно віддавати перевагу лапароскопічному доступу, оскільки операція триває менше часу, є менш травматичною і болісною, супроводжується меншою крововтратою порівняно з лапаротомічним доступом. Реабілітація після лапароскопічних операцій є менш тривалою за часом, що пов’язано з менш вираженим больовим синдромом, відсутністю порушення функції кишечнику, більш швидким відновленням рухової активності і внаслідок цього – меншою кількістю післяопераційних ліжко-днів. У той самий час підвищення внутрішньочеревного тиску й положення Тренделенбурга негативно позначаються на показниках гемодинаміки у хворих із серцево-судинними захворюваннями, хоча це не призводить до декомпенсації діяльності серцево-судинної системи.

Список використаної літератури

Нормативно-законодавчі документи

1. Про затвердження клінічних протоколів за спеціальністю "Урологія": Наказ від 06.12.2004 № 604 МОЗ України / Міністерство охорони здоров'я України [офіц. сайт.]. - URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041206_604.html

2. Про затвердження Протоколів лікування дітей зі спеціальності "Дитяча урологія" : Наказ від 29.12.2003 № 624 МОЗ України / Міністерство охорони здоров'я України [офіц. сайт.]. – URL: http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=2893

Основна:

1. Ковальський О. В. Радіологія. Променева терапія. Променева діагностика : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / О. В. Ковальський, Д. С. Мечев, В. П. Данилевич. - 2-ге вид. - Вінниця : Нова книга, 2017. - 512 с.

2. Радіологія : підручник. Т. 1. Променева діагностика / М. С. Каменецький [та ін.] ; за ред. М. С. Каменецького. - Донецьк : Вебер, 2011. - 401 с.

3. Урологія : нац. підруч. для студ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / С. П. Пасєчніков [та ін.] ; за ред. С. П. Пасєчнікова. - 2-ге вид., випр. і допов. - Вінниця : Нова книга, 2019. - 432 с.

4. Возіанов О. Ф. Урологія : підручник / О.Ф. Возіанов, О.В. Люлько. - 2-ге вид., переробл. і доп. - Д. : Дніпро-ВАЛ, 2002. - 830 с.

5. Вибрані лекції з радіонуклідної діагностики та променевої терапії : навч. посіб. / за ред. А.П. Лазаря. - Вінниця : Нова книга, 2020. - 200 с.

Додаткова

1. Айвазян А. В. Пороки развития почек и мочеточников / А. В. Айвазян, А. М. Войно-Ясинский. – М. : Наука, 1988. – 488 с.

2. Визир В. А. Ультразвуковая диагностика в практике врача-терапевта : Болезни печени. Болезни билиарной системы. Болезни поджелудочной

железы. Болезни почек : руководство / В.А. Визир, И.Б. Приходько. - Вінниця : Нова книга, 2007. - 400 с.

3. Возианов А. Ф. Атлас-руководство по урологии : руководство. В 3 т. / А.Ф. Возианов, А.В. Люлько. - 2-е изд., перераб. и доп. - Д. : Дніпро-ВАЛ, 2001.

4. Грушка В. А. Ультразвукова діагностика захворювань органів черевної порожнини і сечостатевої системи : навч. посіб. для студ. мед. ВУЗів та лікарів-інтернів / В.А. Грушка, О.В. Грушко. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2007. - 175 с.

5. Камышан И.С. Руководство по туберкулезу урогенитальных органов. - К. : Нічлава, 2017.-496 с.

6. Линденбратен Л. Д. Методика чтения рентгеновских снимков. - М., 1980.

7. Невідкладна урологія / С.О. Возіанов, О.О. Строй, О.В. Шуляк, Ю. Мицик. - Львів : Кварт, 2019. - 658 с.

8. Неотложная урология и нефрология : учебник / А.А. Люлько, А.В. Люлько, Ю.И. Удовицкий и др. ; под ред. В.И. Бачурина. - Київ : Здоров'я, 1996. - 285 с.

9. Рентгенодіагностика : навч. посібник / за ред. В.І. Мілька. - Вінниця : Нова книга, 2005. - 352 с.

10.Рентгенологический атлас заболеваний и повреждений мочевых органов : рук. для врачей / Г.Е. Труфанов, С.Б. Петров, В.В. Рязанов и др. - СПб. : Элби-СПб, 2007. - 336 с.

11.Руководство по интенсивной терапии : руководство / под ред. А.И. Трещинского, Ф.С. Глумчера. - К. : Вища шк., 2020. - 582 с.

12.Руководство по урологии : руководство. В 3 т. / под ред. Н.А Лопаткина. - М. : Медицина, 1998.

13.Ультразвукова діагностика органів черевної порожнини в практиці сімейного лікаря : навч. посіб. / І.В. Чопей, О.І. Чопей, В.Ю. Плоскіна та ін.; за ред. І.В. Чопея. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2021. - 252 с.

14.Фітотерапія в урології : навч. посіб. / Ю. М. Колесник, Г. В. Бачурін, А. Г. Сербін [та ін.]. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2019. - 343 с