

УДК 616.634.15-089.45

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ГЕМОТ АМПОНАДАМИ СЕЧОВОГО МІХУРА

Поліщук М.Г., Дурач М.І., Коцар С.М.

Клініка урології, нефрології та гінекології, 1120 Центральний військовий клінічний госпіталь, м. Львів

Ключові слова: сечовий міхур, кровотеча, тампонада, тромболопаксія, черезміхурові, трансуретральні операції, коагуляція, резекція.

Вступ. Гемотампонада сечового міхура (ГТСМ) – стан, що розвивається в результаті заповнення сечового міхура (СМ) згортками крові, що призводить до появи вираженої дизурії, припинення адекватного сечопуску, до розвитку гострої затримки сечі, в тяжких випадках - анурії. В клінічній картині характерні

болючі часті позови на сечопуск, ішурія з виділенням кров'янистої сечі та згортків, з уретрорагією або без неї. Причиною гемотампонади сечового міхура (ГТСМ) можуть бути будь-які види кровотеч із сечових шляхів із потраплянням крові в сечовий міхур за короткий проміжок часу в значній кількості [1, 3, 5,

6]. ГТСМ, безумовно, є невідкладним станом і потребує невідкладних діагностичних та лікувальних заходів, від адекватності яких залежить життя хворого, успішність лікування, повнота одужання [1, 5]. Хоча післяопераційні кровотечі після черезміхурової простатектомії (ЧПЕ) ускладнюють післяопераційний період (ПОП) у 6-7% пацієнтів [2, 6], даних по ГТСМ обмаль.

Мета дослідження – узагальнити клінічні прояви ГТСМ, прослідкувати залежність лікувальної тактики від інтенсивності кровотечі та її етіології, їх вплив на результати лікування.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз результатів лікування 36 пацієнтів із ГТСМ нетравматичного походження, які лікувалися в урологічному відділенні з 1994 по 2003 рік. Усім хворим

невідкладно проводилося клінічне, лабораторне, за показами і в залежності від важкості стану - сонографічне, рентгенологічне та інструментальні обстеження. Після встановлення попереднього діагнозу вироблялася індивідуальна лікувальна тактика. Проведений аналіз причин ГТСМ, аналіз ефективності використаних методів лікування, аналіз безпосередніх результатів лікування. У частини пацієнтів прослідковані віддалені результати лікування.

Результати та їх обговорення. 36 хворих склали 0,35% від усіх хворих стаціонару. Вік хворих від 42 до 79 років (70,8 + 7,6 роки), із них 5 (13,9%) були молодше 65 років.

Інформація про хворих з ГТСМ була систематизована по етіології та часу виникнення тампонади (таблиця 1).

Таблиця 1

Характеристика пацієнтів з ГТСМ

Розподіл хворих із ГТСМ	Кількість хворих	
	Абс.	%
I. За етіологією кровотечі		
1. Післяопераційні кровотечі	28	77,8
А. Після черезміхурової простатектомії (ЧПЕ):	15	41,7
неспроможність гемостатичних швів шийки СМ і капсули ПЗ	7	19,4
гіпертонічний криз	5	13,9
патологія системи коагуляції	3	8,4
Б. Після ТУР простати	12	33,3
В. Папілома СМ	1	2,8
2. Кровотеча як ускладнення основного захворювання:	8	22,2
А. Ниркові кровотечі	2	5,6
карцинома єдиної нирки	1	2,8
mts хондросаркоми в позаочеревинний простір	1	2,8
В. Рак СМ	3	8,3
Г. Хронічний цистит	3	8,3
гнійний цистит при нейрогенному СМ	1	2,8
інтерстиціальний цистит	2	5,6
II. За часом виникнення кровотечі:		
1. В ранньому ПОП	12	33,3
після ЧПЕ	6	16,7
після ТУР простати	6	16,7
2. В пізньому ПОП	16	44,4
після ЧПЕ	9	25,0
після ТУР простати	6	16,7
після ТУР папіломи СМ	1	2,8
III. За наявністю анемії		
не мали	16	44,4
легкого ступеня	4	11,1
середньої важкості	12	33,3
важкого ступеня	4	11,1
IV. Наявність ниркової недостатності		
I стадія	6	16,7
II стадія	4	11,1
V. За важкістю стану		
задовільний стан	4	11,1
середньої важкості	24	66,7
важкий	8	22,2
VI. Рецидив кровотечі		
не мали рецидиву	31	86,1
рецидив I	5	13,9
рецидив II	1	2,8
рецидив III	1	2,8

У більшості пацієнтів (28 – 77,8%) кровотечі, які призвели до ГТСМ, були ятрогенними після операцій на передміхуровій залозі (ПЗ). Кровотечі іншої етіології стали причиною ГТСМ у 8 (22,2%) хворих і були ускладненням основного захворювання.

За часом виникнення кровотечі в пізньому ПОП виникали частіше, але були меншої важкості, ніж в ранньому ПОП. Анемізація відмічена у 20 (55,6%) хворих, із них потребували гемотрансфузії 12 (33,3%).

Загальний стан більшості пацієнтів був середньої важкості та важкий (у 32 хворих, що становить 88,9%).

Ниркова недостатність розвинулася у 10 (27,8%) пацієнтів.

Рецидив кровотечі відмічений у 5 хворих (13,9%), із них у 1 (2,8%) пацієнта (mts хондросаркоми в заочеревинний простір) мали місце 3-й і 4-й рецидиви кровотечі.

Усім хворим виконані різні за об'ємом оперативні втручання, кількість та вид яких подані в таблиці №2.

Таблиця 2

Оперативне лікування хворих із ГТСМ

Види операцій	Порядковий номер операції, кількість операцій				Всього операцій	Середній ПОП (доба)
	I	II	III	IV		
Цистотромболапаксія	26	2	1	1	31	7,4
Резекція СМ	1	3			4	21,0
Черезміхурова простатектомія		1			1	*
Цистотомія, дренажування СМ		2	1		3	22,3
Цистотомія з ушиванням капсули ПЗ по Грінчаку	5	4			9	19,9
ТУР залишкових аденоматозних вузлів		1			1	*
Ендоскопічна коагуляція джерела кровотечі в ПЗ	4	1			5	8,2
Ендоскопічна коагуляція джерела кровотечі в СМ		2			2	5,5
Лапаротомія з цистотомією		1			1	24,0
Всього:	36	17	2	1	57	13,8

Примітка: * - операції виконувалися одночасно з іншими втручаннями, де і врахована тривалість післяопераційного періоду

Цистотромботрипсія з цистотромболапаксією виконана 26 хворим (72,2%), із них двічі – 2 хворим, 4 рази - 1 хворому (саркома в IV клінічній стадії). У 12 із цих хворих (33,3%) вдалося домогтися зупинки кровотечі та повної ліквідації ГТСМ з відновленням самостійного сечопуску, інші 12 (33,3%) в подальшому потребували черезміхурових оперативних втручань, 1 хворому (2,8%) виконана трансуретральна операція, 1 хворому (2,8%) – лапаротомія з цистотомією. 10 хворим (27,8%) внаслідок профузної кровотечі цистотромболапаксією не виконували.

16 хворим (44,4%) виконані черезміхурові операції: ушивання шийки СМ та хірургічної капсули ПЗ по Грінчаку – 9 хворим (25,0%); цистотомія з евакуацією згортків крові та дренажуванням СМ – 3 хворим (8,3%); резекція СМ – 4 хворим (13,9%), у 1 із них одночасно виконана ЧПЕ (2,8%). Операцію закінчили епіцистостомією у 9 хворих (25,0%).

У 7 хворих (19,4%) виконані трансуретральні операції: трансуретральна коагуляція джерела кровотечі в ложі простати після ЧПЕ у 1 хворого (2,8%), після ТУР простати – у 3 хворих (8,3%), одному із них (2,8%) внаслідок повторного рецидиву кровотечі двічі; ТУР залишкових аденоматозних вузлів – у 1 хво-

рого (2,8%); у 2 хворих (5,6%) виконана ендоскопічна коагуляція джерела кровотечі в стінці СМ з приводу інтерстиціального циститу. У ранньому післяопераційному періоді в 1 хворого (2,8%) після цистотромболапаксії виконана лапаротомія, цистотомія з приводу розриву хірургічної капсули ПЗ з розвитком сечового перитоніту.

Тривалість ПОП склала від 1 до 30 діб (13,78 + 4,53 доби), загальний термін перебування в стаціонарі – від 4 до 97 (24,42 + 6,81) діб. Тривалість лікування в групі хворих, оперованих ендоскопічними методами, була меншою, ніж в групі хворих, котрим виконані відкриті операції. Беззаперечним протипоказом до виконання ТУР з коагуляцією джерела кровотечі є триваюча профузна кровотеча, яка не корегується гемостатичною терапією. Незадовільні результати цистотромболапаксії та коагуляції джерела кровотечі також є показом до виконання невідкладної цистотомії.

Усі хворі виписані. Сечопуск відновлений у всіх хворих. Віддалені результати в терміни до 6 місяців прослідковані в усіх хворих, у 17 (47,2%) – в терміни від 1 до 9 років (таблиця 3).

Результати оперативного лікування хворих із приводу ГТСМ

Показники	Кількість хворих	%
I. У терміни до 6 місяців	36	100,0
не мали ускладнень	15	41,7
рецидив кровотечі з ГТСМ в терміни до 2 місяців	3	8,3
стресове нетримання сечі	1	2,8
хронічний цистит, пієлонефрит	17	47,2
II. У терміни від 1 до 9 років	17	47,2 (100,0)
не мали ускладнень	6	35,3
стресове нетримання сечі	1	5,9
стриктури уретри	3	17,6
хронічний цистит, пієлонефрит	7	41,2

Не мали ускладнень, пов'язаних з виконаними операціями та основним захворюванням, третина хворих (35 – 40 %). У 3 хворих (8,3%) відбувся рецидив кровотечі (у 2 – на висоті гіпертензивного кризу, у 1 – на фоні порушення коагуляційних властивостей крові внаслідок тривалого прийому дезагрегантів) у терміни до 2 місяців. У 1 хворого (2,8%) розвинулося часткове нетримання сечі, через 1 рік діагностовано хронічний лімфолейкоз. У 3 хворих (17,6%) виникла стриктура уретри в терміни від 1 до 3 років, з приводу чого всі були оперовані.

4 хворих (23,5%) померли в різні терміни від прогресування основного онкологічного захворювання.

Висновки. Більшість ГТСМ спричинені післяопераційними кровотечами після операцій з приводу захворювань ПЗ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вайнберг З.С. Неоложная урология.-Москва, 1997.- С. 31-44.
2. Качалов А.А., Гушин Б.Л., Дорофеев С.Д., Комлев Д.Л., Токарев Ф.В., Ефремов Е.А. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Урология.- 2004.- №1.- С. 30-34.
3. Люлько А.В., Люлько А.А., Удовичкий Ю.И и др. Неотложная урология и нефрология. – Київ, 1996.- С. 17-28.
4. Свистонюк І.У., Томусяк Т.Л., Ахтемійчук Ю.Т., Федорук О.С. Оперативна урологія.-К.: Здоров'я, 2002.- С.74-110, 193-211.
5. Шевцов И.П. Военная урология.-Л., 1988.- С. 465-469.
6. Complication of urologic surgery. Prevention and management / Ed. by R.B. Smith, D.G. Scinner — Philadelphia: Saunders.- 1976.- 520 p.
7. Thiel R., Ackermann R. Avoiding complications of radical retropubic prostatectomy // Eur. Urol.- 1997.-Vol. 31.- suppl 3.- N4.- P. 9-15.

SUMMARY

EXPERIENCE OF URINARY BLADDER HEMATAMPONADE TREATMENT IN MEN

Polischuk M.G., Durach M.I., Kotsar S.M.

Results of treatment of 36 patients aged from 42 to 79 years for urinary bladder hematampnade of different aetiology were analyzed. All patient urgently underwent clinical, laboratory, ultrasonic, radiological examination depending on general condition and hemorrhage severity. Individual surgical management was developed and conducted. At 28 (77,8%) patients bladder tamponade was caused by postoperative hemorrhage, 12 of them were operated in other hospitals. All patients were operated. Cystic tromblapaxya was executed at 26 patients (72,2%), it provided at 12 of them (33,3%) bladder tamponade liquidation. At 16 patients (44,4%) transbladder operations were executed. At 7 patients (19,4%) transurethral operations were executed. All patients were discharged from the department. Late fates of treatment were traced at 17 patients in the period from 1 till 9 years. Good results - at 6 cases (35,3%). At 3 cases (17,6%) relapse of a hemorrhage and bladder tamponade has taken place in the remote period. 4 patients (23,5%) have died from the underlying oncological disease progress in different terms. In cases of profuse hemorrhage absence the preference should be given to low- invasive methods of treatment (tromblapaxya, transurethral coagulation of bleeding sources with pathological tissues resection).

Key words: urinary bladder, hemorrhage, tamponade, tromblapaxya, transbladder, transurethral operations, coagulation, resection.