

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

В.Н. Павлов, А.Р. Загитов, А.А. Казихинуров, В.З. Галимзянов, А.А. Измаилов

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет

Павлов Валентин Николаевич, зав. кафедрой урологии с курсом ИПО, ректор ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, д-р мед. наук, профессор,
Адрес: 450000, Россия, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Ленина, д. 3,
Тел.: 8 (347) 272-41-73,
e-mail: vpavlov@ufacom.ru

По данным отечественных и зарубежных исследователей, 30-40% пациентов, подвергшихся радикальной цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря, страдают различной степенью недержания мочи. Существующие методы лечения недержания мочи малоэффективны, так как часто возникают рецидивы заболевания, требующие повторных и более сложных оперативных вмешательств. Все это диктует поиск и разработку новых неинвазивных методов лечения и реабилитации больных с недержанием мочи. Перспективным методом реабилитации больных с недержанием мочи является использование упражнений для мышц тазового дна. Данный метод реабилитации позволяет добиться хороших результатов в удержании мочи.

Ключевые слова: кишечная пластика мочевого пузыря, недержание мочи, реабилитация.

REHABILITATION OF PATIENTS FOLLOWING RADICAL CYSTECTOMY

V.N. Pavlov, A.R. Zagitov, A.A. Kazikhinurov, V.Z. Galimzjanov, A.A. Izmailov

According to the literature data, up to 30-40% of patients who underwent radical cystectomy for cancer of the urinary bladder suffer from diverse types of urinary incontinence. The current methods of treatment of urinary incontinence are not very effective due to frequent recurrences requiring repeated and more complicated surgical interventions. All this, leads to search and development of new non-invasive methods of treatment and rehabilitation of patients with urinary incontinence. The perspective method of rehabilitation of patients with urinary incontinence is doing physical exercises for the pelvic muscles. The present rehabilitation method allows to obtain good results for urine continence.

The key words: ileocystoplasty of bladder, urinary incontinence, rehabilitation.

Актуальность темы

Рак мочевого пузыря составляет около 4% всех онкологических заболеваний и около 70% опухолей мочевого тракта. По данным ВОЗ, рак мочевого пузыря в структуре онкологической заболеваемости России занимает 8 место среди мужчин и 18 - среди женщин [6,7]. В настоящее время общепризнано, что радикальная цистэктомия с тазовой лимфаденэктомией является «золотым стандартом» лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря [10-12]. После подобных операций важной проблемой становится медицинская и социальная реабилитация больных. Наиболее частым и социально-значимым осложнением, влияющим на качество жизни, явля-

ется недержание мочи (НМ). По данным отечественных и зарубежных исследователей, 30-40% пациентов, подвергшихся радикальной цистэктомии, страдают различной степенью НМ [1,5,8,9,14]. Многочисленные экспериментальные и клинические работы показали, что ведущим в генезе расстройств мочеиспускания после операций на органах таза является нарушение микроциркуляции, иннервации и травма сфинктерного аппарата нижнего отдела мочевого тракта [1,2,11,14].

Существующие методы лечения НМ малоэффективны, так как часто возникают рецидивы заболевания, требующие повторных и более сложных оперативных вмешательств (уретероцервикопек-

сия, имплантация искусственного сфинктера и т.д.) [1,2,9]. Все это диктует поиск и разработку новых неинвазивных методов лечения и реабилитации больных с НМ [3,4,13].

В процессе удержания мочи участвует сфинктер мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Во время радикальной цистэктомии с одномоментной кишечной пластикой мочевого пузыря довольно часто травмируется сфинктер мочеиспускательного канала, расположенный между листками мочеполовой диафрагмы, в составе мышц дна таза. В процессе упражнений для мышц тазового дна пациент учится контролировать произвольные мышцы промежности и сознательно тренировать их. Эти упражнения позволяют не только увеличить замыкательную способность сфинктерных механизмов, но и подавлять непроизвольные сокращения детрузора. Однако данной методике лечения в нашей стране уделяется недостаточное внимание. В связи этим одним из перспективных методов реабилитации больных с НМ после радикальной цистэктомии является проведение лечебно-гимнастических упражнений для укрепления мышц тазового дна с использованием санаторно-курортных факторов.

Цель исследования

Улучшить результаты хирургического лечения больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии путем разработки и внедрения комплексной программы реабилитации.

Материалы и методы

В урологической клинике БГМУ в сроки 1999-2010 г. нами обследовано 248 пациентов, перенесших радикальную цистэктомию с одномоментной илеоцистопластикой. Возраст пациентов - от 38 до 76 лет. Мужчин было 213 (86%), женщин - 35 (14%). Всем пациентам, кроме основных клиничко-лабораторных методов обследования, проводились: комплексное уродинамическое исследование, уретроцистография с микционной пробой. На основании результатов клинических, функциональных и уродинамических исследований у 82 пациентов диагностировано НМ. Из них мужчин - 68 (83%), женщин - 14 (17%). В основном недержание мочи у пациентов наблюдалось при переходе из горизонтального положения в вертикальное, подъеме по лестнице, кашле и чихании, т.е. во всех случаях, когда происходит резкое повышение внутрибрюшного и внутрипузырного давления.

После выписки из стационара в течение первых 2-3 месяцев пациенты с симптомами НМ проходили восстановительное лечение в условиях санатория «Красноусольск» республики Башкортостан.

Санаторное лечение включало: санаторный режим, терренкур, упражнения для мышц тазового дна в спортзале и в бассейне, внутрисполостные грязевые тампоны, электростимуляцию мышц тазового дна, психотерапию.

В начале урологической реабилитации пациента информировали о болезни, об анатомии мочеполовой системы и мышц дна таза, перенесенной

операции, давали рекомендации по образу жизни, питанию и потреблению жидкости.

В лечении использовались разработанные и внедренные нами упражнения для тренировки и укрепления мышц тазового дна. Для того, чтобы пациент научился дифференцировать сфинктер мочеиспускательного канала, первые занятия проводились под контролем цистоскопии. Тубус эндоскопа подводили к сфинктеру и просили напрячься, пациент визуально через монитор получал объективный ответ о проведенном напряжении. Последующие занятия проводил инструктор по лечебной физкультуре, упражнения выполнялись в спортивном зале, в положении лежа и сидя, с использованием большого гимнастического мяча, напряжение в области сжимающих мышц сочетали с различными телодвижениями.

Для усиления эффекта данного комплекса упражнений в санатории «Красноусольск» больным назначали процедуры в виде грязелечения и физиотерапии. При грязелечении использовали иловую сульфидную грязь в виде стерильных ректальных и влагалищных грязевых тампонов температурой 38-40°C, время 20 минут, через день, 10 процедур.

Электростимуляцию мышц тазового дна проводили аппаратом «Амплипульс-4». Один электрод располагали в крестцовой области, второй электрод - на промежность. Силу тока доводили до сокращения мышц. Применяли частоту 30-50 Гц, глубину модуляции 100%, S1-S2-4-6 с в течение 10 минут, процедуры проводили ежедневно.

Результаты и обсуждение

У пациентов с НМ пелоидотерапия внутрисполостным воздействием стимулировала процессы регенерации, микроциркуляции в тканях, оказывала противовоспалительное, антибактериальное и обезболивающее действие.

При электростимуляции улучшалось кровообращение и лимфоотток, уменьшалась сократительная активность мочевого пузыря, и увеличивалось сопротивление сфинктерного аппарата.

Комплексное уродинамическое исследование позволило диагностировать увеличение таких показателей, как объем выделенной мочи, скорость мочеиспускания, первое ощущение позыва к акту мочеиспускания и максимальный цистометрический объем мочевого пузыря, а также снижение времени мочеиспускания и количества остаточной мочи (таблица 1).

После проведенного санаторно-курортного лечения при сроках наблюдения от 3 до 12 мес. в контрольных анализах отмечена нормализация клиничко-лабораторных данных и показателей уродинамических исследований. При анкетировании выявлено снижение количества дневных мочеиспусканий с 18 до 9. Также уменьшилось количество используемых прокладок в сутки с 9 до 5. Для закрепления длительного терапевтического эффекта больным после выписки из санатория рекомендовано продолжать выполнять лечебно-гимнастические упражнения для мышц тазового дна в домашних условиях.

Таблица 1

Результаты комплексного уродинамического исследования

Параметр	Группа больных			
	мужчины (n-68)		женщины (n-14)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Объем выделенной мочи, мл	178,7±13,2	234,7±15,4*	127,5±12,2	168,5±13,5*
Скорость мочеиспускания, мл/сек.	6,5±0,1	9,3±0,2*	8,4±0,1	9,6±0,2*
Мах уретральное давление, см вод.ст.	33,8±4,1	48,3±4,2*	28,5±3,5	42,5±3,5*
Первое ощущение позыва к акту мочеиспускания, мл	125,7±18,9	178,5±16,8	136,5±10,8	180,5±12,6*
Мах цистометрический объем необладдера, мл	223,8±12,7	258,8±15,1*	210,8±12,8	237,8±11,4
Время мочеиспускания, сек.	49,7±4,8	40,2±3,7	47,3±3,6	37,7±2,4
Количество остаточной мочи, мл	167,3±16,3	102,4±12,3	123,2±12,4	86,7±3,8

Примечание: * $p < 0,05$

Заключение

Таким образом, разработанные нами лечебно-гимнастические упражнения для мышц тазового дна в комплексе с санаторно-курортными факторами в лечении пациентов с НМ после радикальной цистэктомии с кишечной пластикой мочевого пузыря приводят к купированию симптомов НМ и открывают новые пути реабилитации данной категории пациентов.

Список литературы

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К. Расстройства мочеиспускания. М.: Литтерра, 2006. - 208 с.
2. Вишневский Е.Л., Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б. Урофлоуметрия. М.: Печатный город, 2004. - 220 с.
3. Глыбочко П.В., Блюмберг Б.И., Галкина Н.Г. и др. Влияние метода деривации мочи на отдаленные результаты и качество жизни у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии // Медицинский вестник Башкортостана. - 2011. - №2. - С. 195-200.
4. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 240 с.
5. Даренков С.П. Качество жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии // Онкоурология. - 2006. - №3. - С. 25-29.
6. Лопаткин Н.А., Даренков С.П., Чернышев И.В., Мартов А.Г. и др. Диагностика в лечении рака мочевого пузыря // Урология. - 2004. - №1. - С. 12-17.
7. Матвеев Б.П. Рак мочевого пузыря. М.: Вердана, 2003. - 406 с.
8. Сравнительная оценка осложнений и качества жизни пациентов при использовании различных способов деривации мочи // Тез. науч. практ. конф. «Диагностика и комбинированное лечение больных раком мочевого пузыря». - Москва, 2002. - С. 14-16.
9. Ханно Ф.М., Малковича С.Б. Руководство по клинической урологии. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 544 с.
10. Шаплыгин Л.В. Кишечная пластика при раке мочевого пузыря // Онкоурология. - 2006. - №4. - С. 18-22.
11. Hautmann R.E. / Urinary diversion: ileal conduit to neobladder // J. Urol. - 2003. - Vol. 169. - № 3. - P. 834-842.
12. Mortalite et morbidite apres cystectomie totale pour cancer / L. Charbit, D. Beurton, J. Cukier // J. Urol. - 1984. - Vol. 90. - № 4. - P. 39-45.
13. Reliability of MR Imaging-Based Virtual Cystoscopy in the Diagnosis of Cancer of the Urinary Bladder / Markus Lammle, Ambros Beer, Marcus Settles et al // AJR. - 2002. - Vol. 178. - P. 1483-1488.
14. Studer U. E., Zinng E. J. / Ileal orthotopic bladder substitutes. What we have learned from 12 years experience with 200 patients // Urol. Clin. North. Am. - 1997. - Vol. 24. - P. 781-788.