

УДК 616.613-007.63-089.168.1

*В.І. Савенков*

*Харківський національний медичний університет*

## ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ

У ході дослідження у 310 хворих на гідронефроз, яким було проведено різні типи оперативних доступів, з'ясовано особливості перебігу післяопераційного періоду. Визначено достовірно кращі показники у пацієнтів, яким здійснено лапароскопічне втручання. Запропоновано комплекс заходів медичної реабілітації, що дозволяє досягти позитивного результату у 92,6 % пацієнтів.

**Ключові слова:** *гідронефротична трансформація, лапароскопія, реабілітаційні заходи, післяопераційний період.*

Наявний досвід використання високотехнологічних малоінвазивних оперативних втручань при лікуванні хворих з гідронефротичною трансформацією, що зумовлена вродженою або набутою обструкціями, потребує систематизації та оптимізації щодо ведення і лікування зазначених хворих у післяопераційному періоді [1, 2].

Незалежно від типу оперативного втручання реабілітаційні заходи у ранньому, пізньому та віддаленому післяопераційних періодах спрямовані на відновлення функції сечовивідних шляхів і усунення післяопераційних ускладнень. Однак на сьогодні відсутній чітко визначений оптимальний лікувально-терапевтичний комплекс, що використовується в післяопераційному періоді і дозволяє стабілізувати процес, уникнути рецидиву захворювання або зменшити його тяжкість [3–6].

Метою роботи був аналіз особливостей перебігу раннього, пізнього та віддаленого післяопераційних періодів у хворих на гідронефроз залежно від типу оперативного доступу та розробка комплексу заходів медичної реабілітації хворих.

**Матеріал і методи.** Досліджено історії хвороб і амбулаторні карти 310 хворих на гідронефроз II–III стадій, що обумовлений вродженою або набутою обструкцією, які були прооперовані в умовах стаціонара КУОЗ «Обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В.І. Шаповала» за період з 2007 по 2014 р. Також були оцінені облікові карти диспансерного хворого, що дало можливість з'ясувати

термін непрацездатності, застосування медичних заходів у післяопераційному періоді та їх ефективність, характер праці до та після операції, наявність інвалідності за основною чи супутньою патологією. Середній вік хворих становив (37,5±3,9) року. Серед досліджуваних переважали жінки, яких було 192 (61,9 %), чоловіків було 118 (38,1 %).

Для оцінки клінічних показників, що характеризують ранній, пізній та віддалений післяопераційні періоди, залежно від методу оперативного втручання хворі були розподілені на дві групи: групу Ім склали 145 пацієнтів, яким проводилися малоінвазивні (лапароскопічні і ретроперитонеоскопічні) оперативні втручання; групу Ів склали 165 хворих, яким проводилися операції традиційним відкритим доступом. Для визначення ефективності розроблених комплексних заходів медичної реабілітації хворих незалежно від типу оперативного втручання було досліджено дві репрезентативні за результатом оперативного втручання (добрі, задовільні та незадовільні) терапевтичні групи: група А – 135 хворих, які отримували запропонований комплекс заходів медичної реабілітації; група Б – 137 хворих, які отримували лише антибіотики або протимікробні засоби й уросептики. Віддалені результати розцінювали як добрі, задовільні та незадовільні [2].

Статистичні дослідження були виконані за допомогою вибіркового середніх і похибок середніх, критерію Шапіро–Вілка [7], непараметричного критерію Манна–Уїтні та критерію  $\chi^2$  [7].

© В.І. Савенков, 2014

**Результати та їх обговорення.** В ході роботи були визначені особливості ведення хворих залежно від виду оперативного втручання. Досліджені показники наведено в табл. 1.

У зв'язку з більш раннім відновленням фізичної активності і появою апетиту хворі групи Ім достовірно раніше починали самостійний прийом їжі.

*Таблиця 1. Особливості перебігу раннього післяопераційного періоду хворих обох груп з урахуванням виду оперативного втручання*

Параметр	Група Ім (n=145)	Група ІІв (n=165)
Знаходження в палаті інтенсивної терапії, діб	0,81±0,02	1,50±0,40*
Термін призначення знеболюючих засобів, діб	1,50±0,20	5,40±0,40*
Термін призначення антитромботичних засобів, діб	3,40±0,40	8,90±0,70*
Термін початку фізичної активності, діб	1,20±0,20	2,90±0,30*
Дренаж операційної рани, діб	1,50±0,20	3,40±0,30*
Катетеризація сечового міхура, діб	1,10±0,20	2,50±0,30*
Термін початку самостійного харчування, діб	1,30±0,20	2,90±0,30*
Зняття швів, діб	5,10±0,40	8,80±0,90*
Видалення стента, діб	28,10±2,30	32,60±3,20
Антибіотикотерапія, діб	4,20±0,50	8,10±1,50*
Тривалість перебування хворого у стаціонарі після операції, ліжкоднів	3,70±0,30	10,10±0,90*

*Примітка.* \* Відмінності достовірні ( $p < 0,05$ ).

Встановлено, що термін перебування в палаті інтенсивної терапії у хворих групи Ім був значущо меншим, ніж у хворих групи ІІв, що пов'язано з меншою операційною травмою і післяопераційного знеболювання. Це стосується і терміну дренивання операційної рани.

З'ясовано, що хворим групи Ім практично не призначалися наркотичні знеболюючі, кількість інших знеболювальних препаратів у перші дві доби була значно меншою, ніж у хворих групи ІІв.

Хворим, яким проводилися малоінвазивні втручання, антитромботичні засоби (низькомолекулярні гепарини – фраксепарин по 0,3 мл на день або клексан по 0,2 мл на день) призначалися у статистично значущо менший термін, ніж хворим, яким проводилися відкриті операції ( $p < 0,05$ ) через істотно менший субопераційний розтин тканин.

Відновлення фізичної активності наставало достовірно раніше у хворих групи Ім, що також пов'язано з меншою субопераційною травматизацією тканин. У хворих групи Ім термін дренивання сечового міхура був значущо коротшим, ніж у хворих групи ІІв.

Через мінімальний розтин тканин під час операційного доступу необхідність кількості і терміну знаходження швів на рані у хворих групи Ім була значущо меншою, ніж у хворих групи ІІв.

Тривалість використання стентів у хворих обох груп суттєво не різнилася.

Хворі групи Ім потребували вдвічі менш тривалого призначення антибіотикотерапії (цефалоспоринового ряду II–III покоління та ін.),  $p < 0,05$ .

Тривалість перебування хворого у стаціонарі після малоінвазивних оперативних втручань була у 2,7 раза коротшою, ніж після традиційних відкритих втручань.

Встановлено, що тимчасова непрацездатність хворих залежить від клінічної форми, супутньої патології, методу операції та післяопераційних ускладнень. У разі малоінвазивних операцій вона становила (12,1±3,6) дня, а при відкритих – (35,4±6,3) дня.

Зрозуміло, що ускладнення перебігу післяопераційного періоду та ниркова недостатність призводять до подовження тимчасової непрацездатності (3–4 міс), а порушення сполуч-

нотканинного обміну – до рецидиву захворювання.

У ході дослідження визначений вплив виду оперативного втручання на професійну активність і отримання групи інвалідності хворими на гідронефротичну трансформацію. Отримані дані наведені в табл. 2.

У віддалений післяопераційний період після проведеного малоінвазивного втручання лише двох хворих (1,4 %) групи Ім з важкими умовами праці було переведено на легку працю. Серед хворих з важкими умовами праці групи порівняння (Ів) на легку працю було переведено 11 осіб. Із них двох пацієнтів було переведено на середню за важкістю працю, а 6 – на легкі умови праці. Два хворих отримали ІІ групу інвалідності.

Із хворих групи Ім з середніми за важкістю умовами праці 3 особи перейшли на легкі умови праці. Один пацієнт отримав ІІ групу інвалідності. Серед хворих із середніми умовами праці групи порівняння (Ів) на легку працю було переведено 11 осіб.

Слід відзначити, що одного хворого з легкими умовами праці групи порівняння (Ів) у подальшому було переведено на інвалідність (І група). У групі Ім тільки 5 хворих (3,4 %) потребували зміни умов праці, з них лише трьом особам (2,1 %) довелося змінити професію, а з пацієнтів групи Ів 22 хворих (13,3 %) змінили умови праці, з них 10 осіб (6,1 %) змінили професію. Таким чином, достовірно менша кількість хворих, що отримала

малоінвазивне оперативне втручання, потребувала переходу на більш легкі умови праці порівняно з пацієнтами, яким проводилися традиційні відкриті оперативні втручання.

Визначено, що у хворих групи Ім до оперативного втручання було 4 інваліди з ІІ групою і 2 з ІІІ. Після оперативного втручання серед пацієнтів групи Ім лише одному хворому, який не мав інвалідності, було засвідчено ІІІ групу інвалідності.

У групі порівняння до оперативного втручання інвалідів було 7, з них 4 – з ІІ групою інвалідності, а 3 – з ІІІ. З'ясовано, що після оперативного втручання серед пацієнтів групи Ів одному хворому було засвідчено ІІ групу інвалідності, а двом – ІІІ. Однак вірогідної різниці між кількістю пацієнтів груп Ім і Ів, яким було надано групу інвалідності, не було. Спостерігалася лише тенденція до зменшення кількості пацієнтів, яким було присвоєно групу інвалідності, серед хворих групи Ім порівняно з хворими групи Ів.

З урахуванням багаторічного досвіду ведення хворих на гідронефроз після оперативних втручань пацієнтам групи А застосовували розроблений оптимальний комплекс заходів медичної реабілітації, що включав на фоні традиційного призначення інфузійної терапії антибіотиками, протимікробними засобами і уросептиками додатково препарат Актотегін, що впливає на гомеостаз (по 2 т. 2 рази на день 20 днів, при тяжкому перебігу по 10,0 мл внутрішньовенно краплинно № 10, у подальшому

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів за важкістю праці і видом оперативного втручання до і після лікування

Важкість праці	Група хворих	Кількість хворих до операції		Кількість хворих після операції				$\chi^2$ з поправкою Йетса (p)
		абс. ч.	%	залишилися		вибули		
				абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Робітники важкої фізичної праці	Ім	22	15,2	20	13,8	2	1,4	4,71 (p = 0,03)
	Ів	27	16,4	16	9,7	11	6,7	
Робітники середньої за важкістю праці	Ім	29	20,0	26	17,9	3	2,1	3,7 (p=0,0544)
	Ів	32	19,4	21	12,7	11	6,7	
Робітники легкої фізичної праці, службовці, робітники розумової діяльності	Ім	54	37,2	54	37,2	–	–	p>0,05
	Ів	60	36,4	60	36,4	–	–	
Непрацюючі (пенсіонери, домогосподарки тощо)	Ім	34	23,4	34	23,4	–	–	p>0,05
	Ів	39	23,6	39	23,6	–	–	
Інваліди	Ім	6	4,1	6	4,1	–	–	p>0,05
	Ів	7	4,2	7	4,2	–	–	
Усього	Ім	145	100	145	100	–	–	
	Ів	165	100	165	100	–	–	

по 2 т. 2 рази на день 20 днів), антиоксиданти (вітаміни Е, С або полівітаміни – дуовіт у стандартних дозах). Для покращення мікроциркуляції, у тому числі венозного відтоку, призначали судинорозширювальні засоби за стандартними схемами (венорутон та ін.). За показанням призначався препарат судинорозширювальної і антитромботичної дії Курантил по 25 мг 2 рази на день протягом 20 днів. Вживалися фітопрепарати з метою сечогінного, спазмолітичного, знеболювального, протимікробного ефекту та як засіб нормалізації рН сечі. Частіше використовували відвари полпи, мучниці, польового хвоща, кукурудзяних рильців, насіння кропу, бруньок берези, листу кропиви, споришу, калини, журавлини тощо.

Терапія хворим з патологією синтезу сполучної тканини, яка підтверджувалася гістологічно і виявлялася розвитком стриктур і рецидивним перебігом захворювання, включала призначення пеніциліну G як багатофункціонального засобу, у тому числі антисклеротичного, по 3–5 млн ОД на 100,0 мл фізрозчину внутрішньовенно краплинно протягом 20–30 хв № 7–10 залежно від тяжкості порушень сполучнотканинного обміну. В якості протиспайкового препарату також використовувалася лонгідаза по 3000 МО (ректальні супозиторії) № 20 1 раз на 3–5 днів при легкому ступені тяжкості, а при середньому та важкому – розчин лонгідази від 10 до 15 внутрішньом'язових ін'єкцій.

Для профілактики склеротичних процесів у зоні операції використовували електрофорез із лідазою чи лонгідазою, диметилсульфоксидом.

## Література

1. Хірургія. Т. 1 / за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова, В.О. Шідловського. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2007. – 445 с.
2. Гидронефроз : руководство / под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева. – М. : Гэотар-Медиа, 2011. – 208 с.
3. Макажанов М.А. Внутреннее дренирование при выполнении реконструктивно-пластических вмешательств при гидронефрозе / М.А. Макажанов // Вестник КазНМУ. – 2012. – № 1. – С. 21–24.
4. Минин А.Е. Лечение гидронефроза – от нефрэктомии до NOTES технологий / А.Е. Минин, И.М. Каганцов, И.А. Турабов // Экспериментальная и клиническая урология. – 2013. – № 2. – С. 128–136.
5. Сизонов В.В. Результаты использования расчленяющей лоскутной пиелопластики у детей / В.В. Сизонов, М.И. Коган // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 92, № 2. – С. 271–276.
6. Урология / под ред. С.Х. Аль-Шухри, В.Н. Ткачука. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 480 с.
7. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. – М. : Физматлит, 2006. – 816 с.

У ході дослідження встановлено, що використання розробленого комплексу медичної реабілітації дало можливість досягти доброго результату у 98 (72,6 %) пацієнтів групи А, задовільного – у 27 (20,0) %, незадовільного – у 10 (7,4 %), а у хворих групи Б, де використовувалися лише антибіотики та протимікробні засоби, відповідно лише у 54 (39,4 %), 63 (46,0 %) і 20 (14,6 %).

Аналіз цих даних за допомогою критерію  $\chi^2$  показав, що між групами хворих і результатами реабілітації існує значущий зв'язок ( $\chi^2=31,39$ ,  $p<0,0001$ ).

Таким чином, розроблений комплекс медичної реабілітації хворих є ефективним і може бути рекомендований у практичну охорону здоров'я.

## Висновки

1. Післяопераційний період у хворих на гідронефротичну трансформацію, які отримали малоінвазивне втручання, характеризується достовірно кращими показниками перебігу порівняно з хворими, яким проводилися традиційні відкриті операції.

2. Хворі, яким було проведено малоінвазивні втручання, у достовірно меншій кількості потребували переведення на більш легкі умови праці (3,4 %) або зміну професії (2,1 %) відносно пацієнтів, яким проводили відкриті оперативні втручання (відповідно 13,3 і 6,1 %).

3. Використання розробленого комплексу медичної реабілітації дало можливість досягти позитивного результату у 92,6 % пацієнтів, що вище, ніж у пацієнтів, які використовували лише традиційні реабілітаційні заходи (85,4 %).

***В.И. Савенков***

**ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ГИДРОНЕФРОЗОМ**

В ходе исследования у 310 больных гидронефрозом, которым были проведены различные типы оперативных доступов, выяснены особенности течения послеоперационного периода. Определены достоверно лучшие показатели у пациентов, которым применено лапароскопическое вмешательство. Предложен комплекс мероприятий медицинской реабилитации, позволяющий достичь положительного результата у 92,6 % пациентов.

***Ключевые слова:*** гидронефротическая трансформация, лапароскопия, реабилитационные мероприятия, послеоперационный период.

***V.I. Savenkov***

**POSTOPERATIVE PERIOD FEATURES OF PATIENTS WITH HYDRONEPHROSIS**

In the examination of 310 patients with hydronephrosis, who underwent different types of surgical approaches were analyzed features of the postoperative period. Were determined significantly better characteristics of the patients who received laparoscopic surgery. Was suggested the complex of medical rehabilitation actions that allow to achieve positive results of 92.6% of patients.

***Key words:*** hydronephrotic transformation, laparoscopy, rehabilitation, postoperative period.

*Поступила 03.04.14*