

эндоскопическую коррекцию, оптическая уретротомия может быть методом выбора в лечении данной патологии.

Анестезическая тактика трансуретральной хирургии у геронтологических больных

Алферов С.М., Гришин М.А., Фоминых В.П., Творогов П.А.
ФГУ ЦКБ с Поликлиникой УД Президента РФ, г.Москва

Многие вопросы оперативного лечения больных пожилого (60-74 года) и старческого (старше 75 лет) возраста представляют определенные трудности для урологов и анестезиологов. Не разработан алгоритм анестезиологического обеспечения оперативного лечения в зависимости от тяжести соматического состояния пациента и прогноза жизни. Четко не прослежено влияние операции на сроки дожития и не определены объективные критерии переносимости оперативного пособия. Основными причинами отказа от оперативного лечения являются возраст и совокупность интеркуррентных заболеваний. Оценка соматического статуса больных старше 60 лет до сих пор является наиболее субъективной частью предоперационного обследования.

Рак мочевого пузыря (РМП) занимает первое место среди новообразований мочевыделительной системы и составляет 2-5% от всех новообразований, а частота рецидивов после операции составляет 50-80%. Высокая частота рецидивов РМП после трансуретральной электрорезекции (ТУР) обуславливает необходимость проведения повторных эндоскопических вмешательств в ранние сроки. Частота интраоперационных осложнений в группе пациентов в возрасте 70 лет и старше достоверно выше (37,8%) чем у больных моложе 70 лет (20,9%). При этом риск развития осложнений зависит от степени операционно-анестезиологического риска по шкале ASA. Биологический возраст не всегда определяется количеством прожитых лет, течения интеркуррентных заболеваний многовариантно и не поддается достоверному прогнозу. Поэтому, для геронтологических больных необходима индивидуальная лечебно/анестезиологическая тактика. В связи с этим необходимым дифференцированный подход к выбору лечебной тактики у геронтологических пациентов, основанный на ожидаемой продолжительности жизни и степени операционно-анестезиологического риска.

Дизайн исследования: В отделении урологии ЦКБ за период с 2000 по 2005 год 978 пациентам произведено более 1200 эндоскопических вмешательств. По поводу опухолей проведено 912 ТУР/ТУР-вапоризации у 811 пациентов. Среди них мужчины составили 607 (74,8%), женщины – 204 (25,2%). Возрастная медиана у мужчин составила 69,5 лет, у женщин – 73,2 года.

С 2004 года нами применяется лечебно-диагностический алгоритм у геронтологических больных, при котором послеоперационная цистоскопия (second-look) с мультифокальной биопсией/ТУР-вапоризацией выполняется через 4-6 недель. Кроме того, из всех послеоперационных осложнений, большая группа имеет травматический характер, связанный с самой операцией.

За этот период определены основные принципы анестезиологического обеспечения эндоскопических операций. Для профилактики осложнений всем больным перед эндоскопией в/в вводился антибиотик широкого действия и производилась местная анестезия инстиллягелем. Операции выполнялись под спинномозговой анестезией. При ТУР боковых стенок мочевого пузыря производилось уменьшение степени наполнения мочевого пузыря и вводились миорелаксанты короткого времени действия. К окончанию операции осуществлялся форсированный диурез (профилактика пузырно-мочеточникового рефлюкса).

Заключение: Таким образом, тщательно соблюдая последовательность всех этапов эндоскопических вмешательств, при адекватном анестезиологическом обеспечении, нам