

УДК 616.62-002.5-089.844

С.А. Белов, А.А. Гаврилов, Р.С. Степанов

Приморский краевой противотуберкулезный диспансер (690041 г. Владивосток, ул. Пятнадцатая, 2)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ — СМОРЩЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, микроцистит, аутопсигомоцистопластика.

Обобщен опыт трех оперативных вмешательств при туберкулезе мочеполовой системы с формированием микроцистиса. Авторы впервые в Приморском крае применяли способ пластики мочевого пузыря с созданием резервуара из детубулированной сигмовидной кишки с использованием сшивающих механических аппаратов. Спустя 3 месяца объем мочевого пузыря достигал 200–300 мл, а промежутки между микциями — 2 часов. Сделано заключение, что наиболее физиологичным и надежным способом восстановления оттока мочи при туберкулезном поражении мочевого пузыря является создание резервуара из сегмента кишки и ортотопическое его расположение с выведением мочи через мочеиспускательный канал.

Проблема хирургического лечения внелегочных форм туберкулеза приобрела в настоящее время особую актуальность. В современной эпидемиологической обстановке серьезное внимание привлекает контингент больных внелегочным туберкулезом, в составе которых в подавляющем большинстве превалирует группа лиц, нуждающихся в медицинской и социальной реабилитации, с запущенными и тяжелыми анатомо-функциональными формами заболевания. Эффективное лечение здесь возможно только посредством радикально-восстановительных операций [3, 10].

Наиболее тяжелым осложнением туберкулеза мочевого пузыря является образование малого мочевого пузыря — микроцистиса. Клиническая картина этого состояния многообразна, но в основном она характеризуется дизурией, микрогематурией, поллакиурией и недержанием мочи. Прогрессирование процесса ведет к учащению мочеиспускания до нескольких десятков раз в сутки, иногда с интервалом всего 5–10 мин, мучительной болью в конце акта мочеиспускания. Сопутствующие процессу пузырно-лоханочный рефлюкс и стриктуры мочеточника приводят к развитию вторичного пиелонефрита, атрофии почечной паренхимы и почечной недостаточности, еще более усугубляя состояние больных [6, 8, 12]. У больных нефротуберкулезом поражение мочевого пузыря встречается в 35–40%, а крайняя степень сморщивания — в 5–13% случаев [2, 7].

В отделении урогенитального туберкулеза Приморского краевого противотуберкулезного диспансера с начала 2006 г. проведено 3 хирургических вмешательства пациентам с посттуберкулезным сморщенным мочевым пузырем. Все они имели кавернозное поражение почек. Анамнез заболевания от 5 до 15 лет (двое больных ранее перенесли нефрэктомия по поводу туберкулеза). Все пациенты имели снижение

объема мочевого пузыря до 20–80 мл. В одном случае зарегистрирован пузырно-лоханочный рефлюкс в единственную почку, в другом — множественные посттуберкулезные стриктуры мочеточника единственной почки, в третьем — стриктура нижней трети одного из мочеточников.

После лапаротомии проводилась мобилизация участка сигмовидной кишки на сосудистой ножке. Участок кишки длиной 25 см резецировался, проходимость кишечника восстанавливалась наложением анастомоза аппаратом GiA-7,5. Далее из резецированного участка кишки формировался U-образный резервуар. После резекции на уровне треугольника Льюто или субтотального удаления мочевого пузыря накладывался пузырно-кишечный анастомоз. Дистальный отдел мочеточника пересаживался в трансплантат (прямой «уретероцистоанастомоз»). Операция завершалась дренированием мочеточника и трансплантата.

Средняя продолжительность вмешательства составила 4 часа. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 10–12-е сутки снимались швы, на 14-е удалялись дренажи. К 16–18-м суткам восстанавливалось самостоятельное мочеиспускание. К 20-м суткам больные удерживали до 100 мл мочи с промежутками между микциями до 1–1,5 часа. Спустя 3 месяца объем мочевого пузыря достигал 200–300 мл, а промежутки между микциями — 2 часов.

Вопрос о возможных и наиболее эффективных методах деривации мочи и в настоящее время остается дискуссионным. Поэтому одни авторы предлагают у таких больных увеличение объема мочевого пузыря за счет собственного кишечного трансплантата, другие считают оправданным имплантировать мочеточник почки в сигмовидную кишку с антерефлюксным методом пересадки, третьи считают оптимальным пожизненную нефростому [5, 9, 11].

Имеются разногласия в отношении показаний, сроков применения интестинопластики, выбора трансплантата из того или иного отдела кишечника, метода его подшивания, формы создаваемого резервуара. Однако общепризнано, что такие операции являются лучшим способом лечения больных с рубцовыми посттуберкулезными изменениями в мочевом пузыре и мочеточнике [1, 4, 11].

В нашем отделении до настоящего времени использовалась консервативно-выжидательная тактика — лечение противотуберкулезными препаратами и симптоматическая терапия, а при возникновении пузырно-лоханочного рефлюкса и вторичного пиелонефрита — наложение нефростомы. В представленном

материале мы хотели показать, что наиболее физиологичным и надежным способом восстановления оттока мочи при поражении мочевого пузыря служит создание резервуара из сегмента кишки и ортотопическое, заместительное его расположение с выведением мочи наружу через мочеиспускательный канал.

Литература

1. Гарагатый И.А., Дубинин Н.С., Андреев С.В. Эволюция микробиоценоза ортотопического мочевого пузыря // *Здоровье мужчины: мат. XII науч.-практ. конф. / под ред. А.С. Преверзева и В.В. Кришталю.* Харьков, 2004. С. 519–525.
2. Голигорский С.Д. Малый мочевой пузырь. Вопросы интестинальной пластики. Кишинева: Картия молдовеняскэ, 1959. 146 с.
3. Грунд В.Д., Шабат А.Л., Шапиро Л.А. Диагностика туберкулеза органов мочеполовой системы // *Туберкулез мочеполовой системы: руководство для врачей / под ред. Т.П. Мочаловой.* М.: Медицина, 1993. С. 56–137.
4. Грунд В.Д., Мочалова Т.П. Хирургическое лечение туберкулеза мочевой системы. М.: Медицина, 1964. 572 с.
5. Зубань О.Н. Причины, диагностика и лечение дисфункций мочевого пузыря у больных нефротуберкулезом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002. 24 с.
6. Зубань О.Н. Операции при туберкулезе и посттуберкулезных изменениях мочевого пузыря // *Ткачук В.Н., Ягафорова Р.К., Аль-Шукри С.Х. Туберкулез мочеполовой системы.* — СПб: СпецЛит, 2004. С. 274–281.
7. Камышан И.С. Руководство по туберкулезу урогенитальных органов. Киев: Здоровье, 2003. 200 с.
8. Комяков Б.К., Зубань О.Н., Новиков А.И. и др. Аугментационная цистопластика в лечении микроцистиса различной этиологии // *Совр. напр. диагностики, лечения и про-*

филактики заболеваний: Труды ГМПБ №2, вып. IV. СПб., 2004. — С. 246–251.

9. Мочалова Т.П. Хирургическое лечение больных туберкулезом мочевых органов. Киев: Здоровье, 1983. 254 с.
10. Петров И.Н. Состояние и перспективы развития хирургической помощи больным внегочечным туберкулезом // *Хирургия внегочечного туберкулеза: сб. научных трудов.* Л., 1983. С. 12–29.
11. Туберкулез мочеполовой системы: руководство для врачей / под ред. Т. П. Мочаловой. М.: Медицина, 1993. 254 с.
12. Rink R.C., Adams M.C. Augmentation cystoplasty // *Campbell's Urology.* Philadelphia, 1998. P. 3167–3178.

Поступила в редакцию 10.02.2009.

SURGICAL TREATMENT FOR COMPLICATED URINARY SYSTEM TUBERCULOSIS IN THE FORM OF CONTRACTED BLADDER

S.A. Belov, A.A. Gavrilov, R.S. Stepanov
Primorsky Regional TB dispensary (2 Pyatnadtsataya St. Vladivostok 690000 Russia)

Summary — This paper summarises practice of three surgeries for complicated urinary system tuberculosis with microcystis. The authors have pioneered in Primorye to apply cystoplasty method combined with creation of a reservoir made of detubulated sigmoid colon with the use of surgical stapling instrument. Three months later, the bladder volume was 200–300 ml, the miction was every 2 hours. The authors come to a conclusion that creating a reservoir made of detubulated sigmoid colon and its orthotopic positioning with urination via urethra is the most physiological and reliable method of restoring urine outflow under tuberculosis-affected urinary bladder diseases.

Key words: extrapulmonary tuberculosis, microcystis, auto-sigmoid cystoplasty.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 2, p. 93–94.

УДК 616.367-003.7-06:616.36-008.5-053.9]-089.5

И.В. Дудакова¹, А.А. Сысолятин¹, В.Г. Смолин²

¹ Амурская государственная медицинская академия (675000 г. Благовещенск, ул. Горького, 95), ² Городская клиническая больница (675000 г. Благовещенск, пер. Уралова, 1)

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ключевые слова: холедохолитиаз, возраст, хирургическая тактика.

Около 50% больных желчно-каменной болезнью составляют лица пожилого и старческого возраста. Изучены результаты лечения 148 пациентов 60–89 лет, страдавших желчно-каменной болезнью с различными клиническими проявлениями холедохолитиаза. Выбор метода лечения проходил индивидуально с учетом течения основной и сопутствующей соматической патологии. Для снижения инвазивности хирургического вмешательства в некоторых случаях операции носили комбинированный характер и были разделены на 2–4 этапа. Летальность на собственном материале составила 10,8%, что почти в 2 раза меньше по сравнению с летальностью прошлых лет (19,7%), когда в лечении холедохолитиаза, осложненного механической желтухой у лиц пожилого и старческого возраста в основном использовались традиционные хирургические методики.

Холедохолитиаз при желчно-каменной болезни (ЖКБ) регистрируется в 8,1–21,8% случаев [4, 5, 9].

Дудакова Ирина Владимировна — ассистент кафедры факультетской хирургии АГМА; тел. 8 (4162) 52-84-88; e-mail: coffewoman@yandex.ru.

Механическая желтуха в анамнезе или при поступлении как проявление холедохолитиаза отмечена у 80–85% больных, а в 40% наблюдений она нуждается в экстренном оперативном лечении [2, 7, 12]. Увеличение числа пациентов с ЖКБ привело за последние годы к значительному росту случаев холедохолитиаза среди лиц пожилого и старческого возраста [3, 6, 8, 10, 11]. В группе больных старше 60 лет частота холедохолитиаза достигает 28,1% [2]. Сопутствующие заболевания, обуславливающие высокий риск операций, регистрируются у 80–100% таких больных, при этом каждый 3-й пациент имеет от 2 до 5 сопутствующих заболеваний [6]. Вышеуказанная патология не только усугубляет общее состояние, но и служит причиной более раннего перехода имеющихся нарушений в стадию декомпенсации [1].

Целью настоящей работы явился выбор оптимального щадящего метода лечения холедохолитиаза у пациентов пожилого и старческого возраста