

Муканбаев К., Кадыров А.С., Усунбаев А.Ч.

БӨЙРӨК ТУБЕРКУЛЕЗУН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН КЕСИП АЛУУ

Муканбаев К., Кадыров А.С., Усунбаев А.Ч.

РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ

К.Муканбаев, А.С.Кадыров, А.Ч.Усунбаев

KIDNEY RESECTION AT TUBERCULAR DEFEAT

УДК: 616.61-002.5-089

Бул макалада автордун өзүнүн ыкмасы менен бөйрөктүн туберкулезун хирургиялык жол менен кесип алуу жөнүндө көрсөтүлгөн. 50 бейтап операция болгон жана салыштырма группаны 45 бейтап түзгөн. Эки эсе жогору жакшы көрсөткүч - 45,8% негизги группада жана 29,3% - салыштырма группада түзгөн.

Негизги сөздөр: бөйрөк учук оорусу, хирургиялык дарылоо, резекция.

В статье представлены разработанные автором способы резекции при туберкулезном поражении. Всего оперированы 50 больных и сравнительная группа – 45 больных. Вдвое больше результатов оцененных как «хорошие результаты» в основной группе у 43,8%, а в контрольной – у 29,3%.

Ключевые слова: туберкулез почек, хирургическое лечение, резекция.

The resections developed by the author a way at a tubercular lesion are presented in article. In total 50 patients and comparative group – 45 patients are operated. It is twice more than results estimated as "good results" in the main group at 43,8%, and in control – at 29,3%.

Key words: tuberculosis of kidneys, surgical treatment, resection. Key words.

Введение. В настоящее время туберкулез мочевыделительной системы в структуре заболеваемости не легочного туберкулеза занимает от 30-50%. В большинстве публикаций последних 10-летий и оно остается уделом лиц трудоспособного возраста [4, 5].

Несмотря на высокую эффективность антибактериальных препаратов, излечение больных мочевой системы более чем 60% случаев подвергаются оперативным методам лечения [1, 2]. На фоне туберкулезной антибактериальной терапии стала возможным выполнение органосохраняющих операций как резекция почки, каверноэктомия, кавернотомия [4].

Материал и методы исследования. Контрольная группа больных оперированы известным способом резекции почки и составляла 45 больных. Основная группа – 50 больных оперированы новым способом разработанной нами методом.

Как известно, гемостаз вышеописанного традиционного метода резекции почки является ненадежным, что приводит к ишемии почки и дополнительной травматизации. С целью улучшения надежности гемостаза и уменьшения травматичности нами разработан и внедрен способ резекции почки (Кыргызпатент № 219 выдан 30 декабря 1997г). Описание техники предлагаемого способа резекции (рис. 1).

После проведения люмботомии, послыного доступа и мобилизации почки, накладывали гемостатические лигатуры ниже плоскости резекции полюса путем вкола иглы с двойной лигатурой в средней части. Нить проводили в обход полюса почки плотно ее затягивали. Далее освобождали резицируемую часть от фиброзной капсулы и накладывали дополнительную лигатуру по линии резекции, при этом в обоих случаях после выкола прямой иглы с удвоенной лигатурой рассекали у основания и после внутреннего перекреста, обход и перевязку полюса почки осуществляли одной нитью латеральную часть, другой – медиальную половину.

Ампутацию полюса осуществляли затягиванием нитей по линии резекции, ими же производили гемостаз раневой поверхности, тампонируют мышечной тканью и покрывали фиброзной капсулой, на которой делали насечки с помощью ножницы в виде сетки с целью оттока отделяемого и профилактики образования гематом и инфицирования.

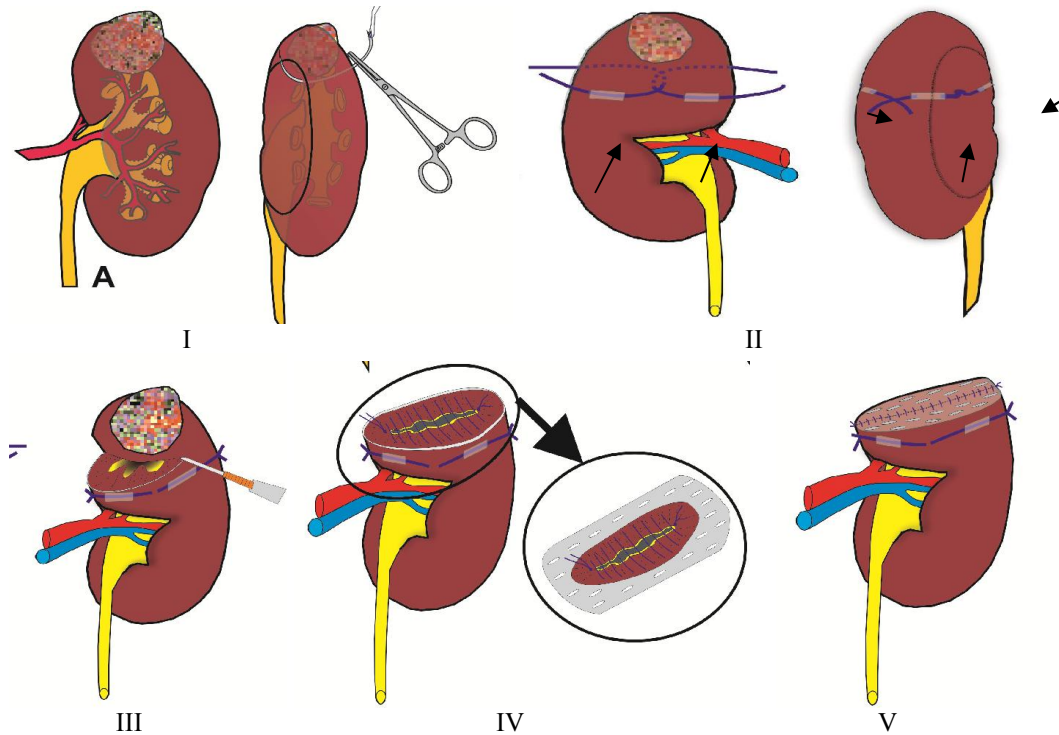


Рис. 1. Схема этапов, предлагаемого способа резекции почки при нефротуберкулезе: I – выключенный сегмент и место вкола лигатуры; II – наложение лигатуры с внутренним перекрестом (стрелкой указаны ход нити под фиброзной капсулой); III – ампутация полюса; IV – затягивание нитей и «обработка» фиброзной капсулы; V – окончательный вид.

Результаты исследования и их обсуждение. Мы дали сравнительную оценку эффективности применения разработанного нами способа резекции почки в модификации клиники. Данным способом оперированы 50 больных

(основная группа) и 45 больных взяты для сравнения со стандартным способом резекции (контрольная).

Данные этих больных в разрезе пола и возраста представлены на рис. 2. Как и было сказано выше, возраст больных был трудоспособного, сексуального и репродуктивного (от 30 до 50 лет) с преобладанием в отдельных группах лиц женского пола.

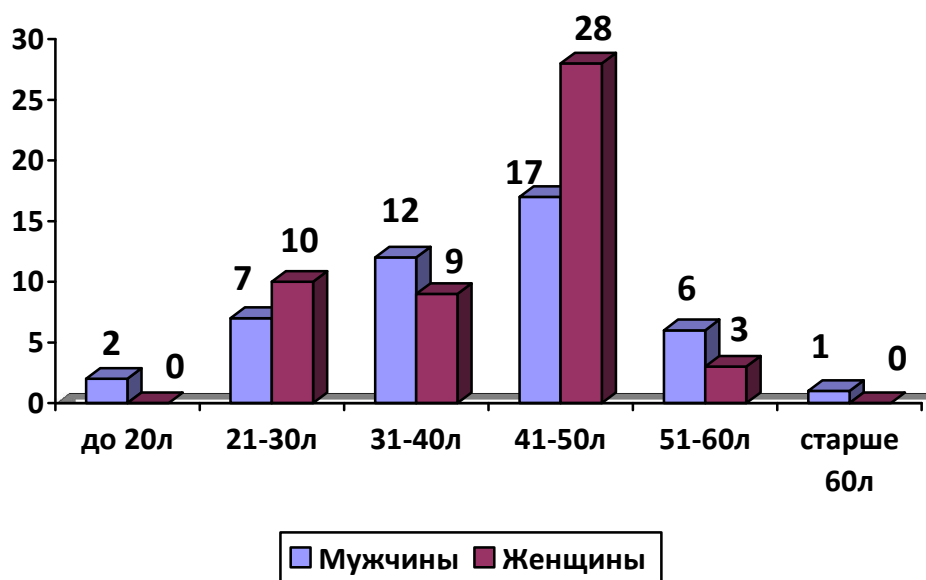


Рис.2. Показатели больных в разрезе пола и возраста.

Было проведено сравнение непосредственных результатов во время операции (техническая сложность и простота выполняемых способов, использование шовного материала, кровопотеря, сохранность сегмента почки), после операции (длительность вмешательства, кровопотеря, выраженность болевого синдрома, динамика очищения гнойного очага) и послеоперационных осложнений (табл.1).

Во всех периодах ведения больных с момента операции в сравниваемых группах отмечены, что имеются различия во многих показателях.

Отмечены достоверные различия по продолжительности операции. Необходимо отметить, что эти показатели зависели от всех параметров, указанных в таблице за исключением заживлением ран, однако объем операции по своей сути в обеих группах не отличался между собой, только с разницей в средствах достижения цели, т.е. способа резекции почки.

Если судить об общей кровопотере, то она минимальная и была не более 50 мл, когда при традиционных методах она составила 143,2±11,7 мл.

Таблица 1 – Оценка эффективности операции в сравниваемых группах

Показатели	Группы		P
	основная	контрольная	
Длительность операции, мин	65,0±1,9	115,0±2,6	<0,05
Кровопотеря, мл	49,7±1,02	143,2±11,7	<0,01
Сроки дренирования раны (полостной системы почки), сут	7,1±1,12	14,3±1,02	<0,05
Сроки дренирования забрюшинного пространства, сут	14,0±0,4	21,2±1,1	<0,05
Длительность постельного режима, сут	3,5±1,02	7,8±0,9	<0,05
Послеоперационный к/д, сут	7,7±0,7	15,4±1,5	<0,05
Длительн.гематурии, сут	2,5±0,15	12,9±1,3	<0,01
Период реабилитации (дни)	8,2 ± 1,8	14,0 ± 1,7	<0,05
Заживление ран, сут	8,4±0,81	9,2±1,01	>0,05
Длительность стац.лечения, сут	11,2±1,3	24,6±0,6	<0,05
Посев			

Сроки дренирования раны (полостной системы почки) в среднем в основной группе они составили 7,1±1,12 сут, тогда как в контрольной - 14,3±0,15 сут.

Продолжительность дренирования забрюшинного пространства в основной группе была 21,2 ± 1,1 дня, а в контрольной – 14,0 ± 0,4. Длительность дренирования зависела от степени деструкции почки и сохранения отделяемого различного характера из дренажной системы, установленной во время операции.

Несомненным является факт меньшей длительности пребывания больного в стационаре после операции, в основной группе она составила 7,7±0,7 дней, а в контрольной больше в 2 раза (P<0,05).

В исследованиях мочи в различные сроки после операции в обеих группах больных отмечалась гематурия, в основной незначительная и умеренная, а в контрольной группе она сохранялась вплоть до выписки из стационара, хотя в катанамнезе гематурии не было.

Если судить о периоде реабилитации, то больные основной группы полностью восстанавливались в среднем в течение 8, 2 дней, а контрольной в среднем за 2 недели. Оценивали состояние у пациентов субъективно, критерием служили жалобы больных, их способность к ведению той жизни, которую они вели до операции и сравнительные данные не достоверны, так как только 6 больных после операции ограничивали физическую нагрузку до 3-6 мес в контрольной группе, а в основной – 2 больных, которые через 3 недели стали вести привычный образ жизни.

Общая длительность пребывания в стационаре, составляющая после традиционного метода 24,6±0,6 дней, а в основной она сократилась до 11,2±1,3 дней

в среднем, то есть почти в 2,5 раза и все больные были выписаны к труду (P<0,05).

Заживление ран после операции первичным натяжением констатировано в 81% случаев в основной группе. За весь период наблюдений ни у одного больного не возникло нагноения раны. Кожные швы снимались на 8-9 сутки и если пациент выписывался раньше, швы снимали в амбулаторных условиях.

Интраоперационных геморрагических осложнений не было. В то же время интраоперационная кровопотеря при выполнении традиционных операций составила 143,2 ± 11,7 мл, а при РПС вмешательстве – 49,7 ± 1,02 мл.

После применения способа в разработке клиники и традиционных, мы проанализировали весь спектр осложнений, когда имеется риск развития специфических осложнений в послеоперационном периоде, связанных с использованием эндовидеохирургической техники и результаты их представлены в таблице 2.

Таблица 2. - Послеоперационные осложнения в группах

Показатели	Группы			
	основная (n=98)		контрольная (n=75)	
	абс	%	абс	%
Кровотечение	-	-	5	6,6
Подкожная эмфизема	2	2,04	-	-
Стойкий парез кишечника	3	3,06	9	9,18
Нагноение раны	-	-	5	6,6
Выделение мочи по забрюшинному дренажу	1	1,02	7	9,3
Всего	6	6,12	26	34,6

Кровотечения после операции в период нахождения больных в стационаре не отмечалось в основной группе, а в контрольной группе оно возникло у 5 больных (6,6 %), 2 из них были взяты повторно в операционную по поводу кровотечения из различных сосудов. Кровотечение было остановлено.

После операций на органах брюшинного пространства в послеоперационном периоде в первые несколько дней в обеих группах развился парез кишечника, что, несомненно, отражалось на состоянии больного.

Это связано как с самой операционной травмой брюшинного пространства, так и с гиподинамией в связи с болями.

Поэтому соответственно, после минилумботомии быстрее разрешался парез кишечника, на вторые сутки больные начинали ходить после стандартной стимуляции кишечника.

У 15 (15,3 %) пациентов из основной и 28-и (37,3 %) у контрольной, на УЗИ по эхо-признакам выявлен был хронический пиелонефрит.

Нагноение раны после операции отмечено только в контрольной группе у 5 (6,6 %) больных, а в основной группе осложнений не выявлено.

Выделение мочи по забрюшинному дренажу в основной группе отмечено у одного (1,02 %) больного, а в контрольной у 7 (9,3 %), что соответственно указывает в пользу нашего способа резекции.

В обеих группах больных равнозначно отмечалась лихорадка, которая прошла через 2-3 суток и она была связана наличием еще не ликвидированным воспалительным процессом и интоксикацией.

Жалобы на общую слабость в основной группе предъявили 46 (46,9 %) больных и она со временем на 3-5 сутки проходила. В контрольной группе жаловались на боли 62 (82,6 %) больных, но следует отметить, что по продолжительности они были более длительными, даже при выписке, что, несомненно, связано с обширностью хирургического вмешательства.

Тошнота отмечена в первые двое суток после операции, затем она проходила после активации режима.

Тахикардия с ортостатической гипотензией отмечалась у 6 (6,12 %) больных в основной, и у 16 (21,3 %) в контрольной.

В течение года в основной группе не были произведены повторные операции, а в контрольной у 5 пациентов после традиционных методов выполнено повторное хирургическое лечение по поводу стриктуры ЛМС у 3, и у одного по поводу нагноения кисты.

У 3 пациентов (4,0 %) в этой же группе отмечен рецидив МКБ и стриктуры ЛМС.

Суммируя все вышеизложенные показатели, мы результативность оперативного лечения при ГВЗ почек оценили следующим образом (табл.3).

Таблица 3 - Оценка результативности операций

Результативность:	Группы			
	абс	%	абс	%
Хорошие	69	70,4	45	60,0
Удовлетворительные	25	25,5	20	26,6
Неудовлетворительные	4	4,1	10	13,4

Примечание: 1-основная и 2-контрольная группа

Хороший результат лечения оценивали по следующим критериям – отсутствие интраоперационных осложнений, послеоперационный период протекал гладко без осложнений, больной выписан в удовлетворительном состоянии в сроке от 5 до 10 дней, в отдаленных сроках полное восстановление трудоспособности пациента и хорошие показатели по шкале качества жизни. Удовлетворительный результат оценивали по наличию осложнений как интраоперационно так и после операции, продолжение лечения в амбулаторных условиях, по срокам восстановления трудоспособности не ранее 3 мес. Не удовлетворительным считали – повторные хирургические вмешательства, конверсия, наличие осложнений, низкие показатели качества жизни и наличие инвалидности.

Хорошие результаты получены у основной группы, хоть и разница невелика в количественном отношении, но неудовлетворительные результаты получены у 10 больных по историям болезней контрольной группы.

Вдвое больше результатов оцененных как удовлетворительные, выявлено в основной группе у 43,8 %, а у 29,3 % в контрольной.

Хорошие результаты в обеих группах имеются почти равнозначно (70,4 % в основной и 60,0 % в контрольной).

Закключение. Эффективность применения предлагаемого способа резекции при лечении туберкулеза почек на основании собственного опыта и данных литературы показала, что данный способ обладает рядом неоспоримых преимуществ в связи со снижением травматичности операции, болевого синдрома, частоты и тяжести интраоперационных осложнений, продолжительности нахождения больного в стационаре, периода трудоспособности в 3-4 раза, стоимости лечения на 25-30 %, потребности в медицинских препаратах.

Литература:

1. Довлатян А.А. Восстановительная хирургия мочевых путей (туберкулез и неспецифические заболевания). – М. – «Медицина». 2008. – 400с.
2. Нефруретерэктомия в лечении больных туберкулезом почек / Зубань О.Н., Левашов Ю.Н., Скорняков С.Н. и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2013. -№2. – С.29-34.
3. Левашов Ю.Н., Репина Ю.Н. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. СПб: ЭЛБИ – СПб.–2006.– 544с.
4. Мочалова Т.П. Хирургическое лечение больных мочевой системы//Внелегочный туберкулез СПб; - 2000.-С.290-320.
5. Фелькер И.Г., Кульчавена Е.В., Брижатюк Е.В. «Великий мистификатор» не сдает позиции // Туберкулез и болезни легких. – 2014. -№5. – С.82-85.

Рецензент: д.м.н. Гаипов Р.Г.