

*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].

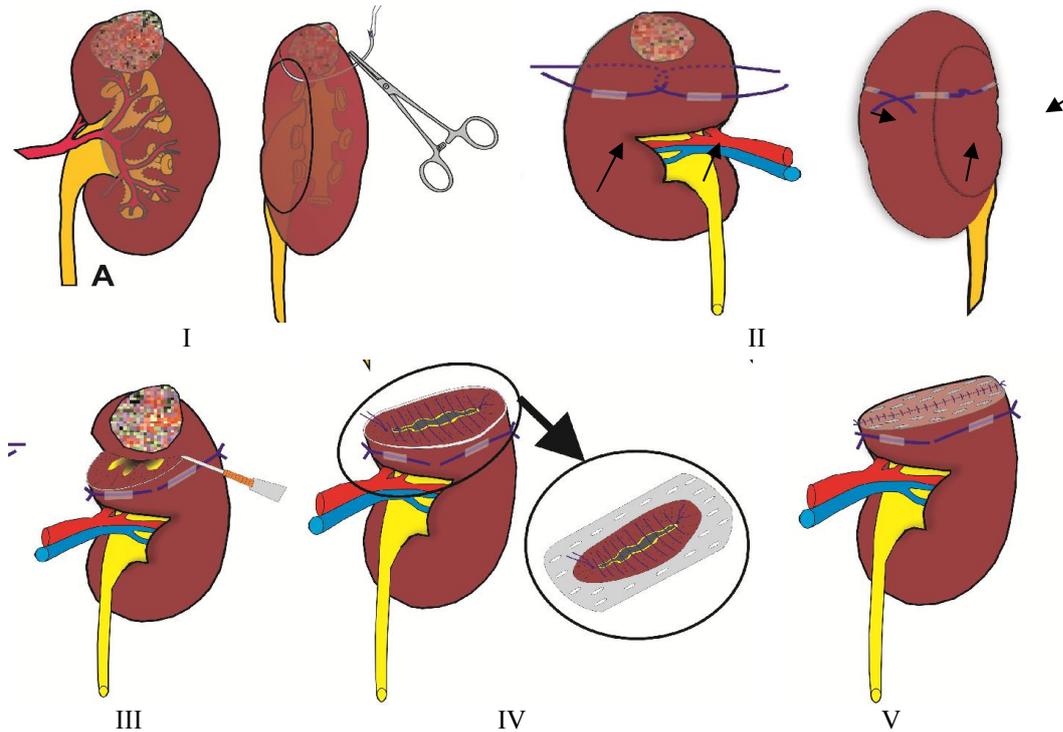
Несмотря на высокую эффективность антибактериальных препаратов, излечение больных мочевой системы более чем 60% случаев подвергаются оперативным методам лечения [1, 2]. На фоне туберкулезной антибактериальной терапии стала возможным выполнение органосохраняющих операций как резекция почки, каверноэктомия,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

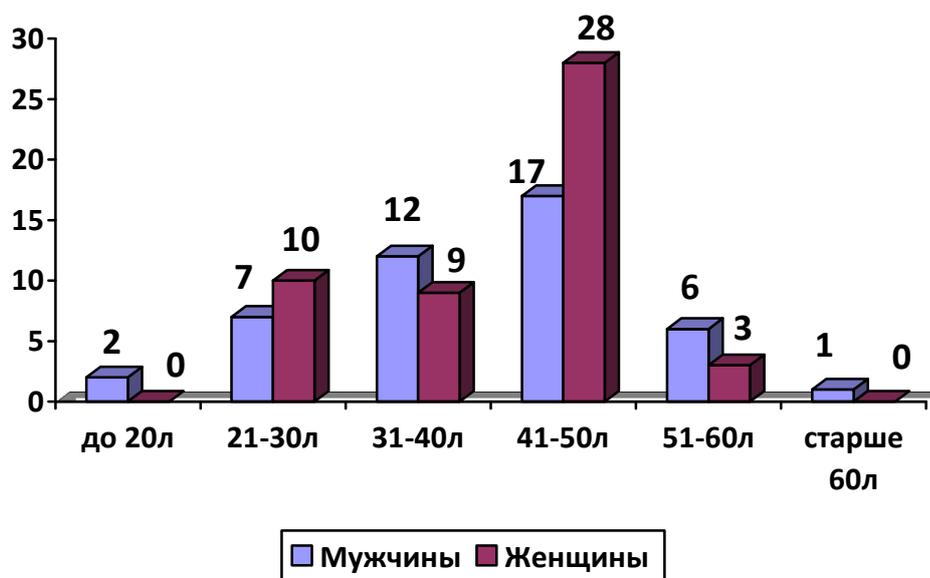


**Рис. 1.** Схема этапов, предлагаемого способа резекции почки при нефротуберкулезе: I – выключенный сегмент и место вкола лигатуры; II – наложение лигатуры с внутренним перекрестом (стрелкой указаны ход нити под фиброзной капсулой); III – ампутация полюса; IV – затягивание нитей и «обработка» фиброзной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