

# Хирургическое лечение туберкулеза почки с тотальным поражением мочеточника

С.Н. Скорняков<sup>1</sup>, О.Н. Зубань<sup>1,2</sup>, Б.И. Новиков<sup>1</sup>, Э.П. Бородин<sup>1</sup>, Л.В. Арканов<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

<sup>2</sup> Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом

**Введение.** При туберкулезе почек вовлечение нижележащих отделов мочевого тракта с формированием его рубцовых сужений и деформаций имеет место в 54,0–84,7% случаев, а в структуре причин образования стриктур мочеточника доля туберкулеза достигает 9,0–12,3%. Если осложнение вовремя не распознано, констатируют утрату почечной функции и традиционно выполняют нефрэктомии. В то же время до настоящего времени не определена хирургическая тактика в отношении оставшейся после удаления почки культи мочеточника. Известно, что последняя может оставаться очагом специфической инфекции, поддерживать дизурию, малигнизироваться в отдаленном послеоперационном периоде.

**Цель.** Повышение эффективности хирургического лечения туберкулеза почки с тотальным поражением мочеточника.

**Материал и методы.** Изучены клиническое течение и результаты хирургического лечения 104 больных с протяженными или множественными стриктурами мочеточника специфической (n=92) и неспецифической (n=12) этиологии. Мужчин было 59 (56,7%), женщин — несколько меньше — 45 (43,3%). Возраст колебался от 22 лет до 71 года, средний — 51,2±0,6 года.

**Результаты и их обсуждение.** Для изучения функциональных резервов почки и целесообразности ее сохранения 35 больным нефротуберкулезом выполнена ЧПНС с последующей оценкой клубочковой фильтрации путем осуществления раздельной пробы Реберга. С этой целью суточную мочу из дренированной почки и выпущенную самостоятельно собирали раздельно. Пробу ставили на следующие, 7–9-е и 14–16-е сутки после отведения мочи.

Органоуносящим операциям подвергнуто 79 больных нефротуберкулезом с отсутствием или резким снижением почечной функции и вовлечением в рубцово-воспалительный процесс мочеточника. Отдаленные результаты изучены в сроки от 1 до 3 лет. Осуществлено 48 люмбальных нефрэктомий (1-я группа, контрольная) и 31 нефроуретерэктомия (2-я группа, основная). Необходимо отметить, что в последнем случае дважды (6,5%) не удалось удалить мочеточник

полностью из-за выраженного спаечного процесса в области его предпузырного отдела.

Осложнения раннего послеоперационного периода в виде нагноения раны наблюдали только в 1-й группе. Достоверных различий в кровопотере, сроках активизации пациента, потребности в наркотических анальгетиках и начале перорального приема жидкости и пищи после операции не обнаружено. Таким образом, повышение радикальности операции за счет ее дополнения эндоскопическим компонентом незначительно увеличило степень ее инвазивности.

Оба вида оперативного лечения привели к незначительному снижению количества больных с поясничными болями. Проявления интоксикации в виде общей слабости стали встречаться в 2 раза реже после нефрэктомии и в 1,5 раза — после нефроуретерэктомии. В меньшей степени снизился удельный вес пациентов с артериальной гипертензией. Наибольшее влияние хирургические вмешательства оказали на симптомы нижних мочевых путей. Число больных с дизурией уменьшилось в 2 раза в 1-й и в 3 раза — во 2-й группе. Причем удаление почки вместе с мочеточником по сравнению с нефрэктомией оказалось в разы эффективнее в отношении таких проявлений заболевания, как болезненное мочеиспускание, императивные позывы и ургентное недержание мочи. Количество пациентов, испытывающих боли при мочеиспускании, уменьшилось в основной группе примерно в 8 раз, а в контрольной — только в 2 раза, частота недержания мочи на высоте императивного позыва — в 6 и 1,5 раза соответственно.

Таким образом, комбинированная нефроуретерэктомия оказала положительное влияние на симптомы нижних мочевых путей у 93,5% больных, а традиционная нефрэктомия — только у 79,2% (p<0,05). Контрольные обследования пациентов в отдаленном послеоперационном периоде показали, что достигнутый в отношении дизурии эффект достаточно прочно закрепился.

**Выводы.** Комбинированная нефроуретерэктомия при специфическом поражении почек обладает существенными преимуществами. Трансуретральный этап модифицированной операции достаточно прост в исполнении и не угрожает экстравазацией мочи

при адекватном дренировании мочевого пузыря. Удаление почки вместе с мочеточником у больного нефротуберкулезом является профилактикой эмпи-

ем культуры мочеточника, возможной ее малигнизации и персистенции дизурии, приводит к значительному повышению качества жизни пациента.

## Эндоскопические методы коррекции стриктур мочеточника

С.Н. Скорняков<sup>1</sup>, О.Н. Зубань<sup>1,2</sup>, Б.И. Новиков<sup>1</sup>, Э.П. Бородин<sup>1</sup>, И.Д. Медвинский<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

<sup>2</sup> Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом

**Введение.** Основными причинами стриктуры мочеточника являются ишемия, операционная (ятрогенная) и неоперационная травма, воспалительные заболевания (в том числе туберкулез), периуретеральный фиброз и врожденные аномалии развития. Диапазон лечебных мероприятий начинается с дренирования мочеточника стентом и заканчивается его замещением аутоотрансплантатом из подвздошной кишки или аппендикса. Неутешительные результаты открытых операций инициировали поиск менее инвазивных методов лечения, к которым относятся эндоскопические реконструктивно-восстановительные операции по поводу стриктур мочеточника под рентгеновским контролем, включая баллонную дилатацию и эндотомию (рассечение).

**Цель.** Повышение эффективности диагностики и оперативного лечения стриктур ЛМС и мочеточника различного генеза на основе применения уретероскопии и эндоскопических способов коррекции.

**Материалы и методы.** С 2006 по 2013 г. под нашим наблюдением находилось 80 больных со стриктурами ЛМС и мочеточника различной этиологии и локализации: 43 (53,7%) мужчины и 37 (46,3%) женщин. Для оценки анатомо-функционального состояния почек и ВМП проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование: ультразвуковое (УЗИ), экскреторная урография (ЭУ), ретроградная уретеропиелогрфия, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Для оценки эндоскопической картины слизистой мочеточника и лоханки использовался фиброуретеропиелоскоп FLEX-X2 фирмы Karl Storz (Германия). Результат уретероскопии являлся решающим фактором в выборе дальнейшей тактики лечения. Щипцовая биопсия слизистой оболочки мочеточника и/или почечной лоханки с захватом подслизистого слоя выполнена 19 (23,8%) больным. Биоптаты брали из измененных участков. Полученный материал исследовали методом световой микроскопии после фиксации в 10% растворе формальдегида и окрашивания гематоксилином и эозином. Для расширения сужен-

ной части мочеточника бужирование проводили баллон-катетером. Эндоуретеропиелотомия произведена «холодным» ножом через всю стенку до парауретеральной жировой клетчатки. Операцию начинали с цистоскопии и бужирования устья пораженного мочеточника. Эндоуретеротомия гольмиевым лазером выполнена 9 больным. Оценку результатов коррекции стриктур проводили по трехбалльной системе: *хороший, удовлетворительный и плохой результат*. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием методов параметрической и непараметрической статистики. Для анализа межгрупповых различий применяли *t*-критерий Стьюдента.

**Результаты и обсуждение.** Стриктуры мочеточника локализовались в н/3 [40 (50%) больных], реже [31 (38,8%)] — в в/3 и ЛМС, еще реже [9 (11,2%)] — в с/3. Протяженность стриктур составила от 0,3 до 1,7 см. Э/У выполнена 67 (83,8%) больным, она позволила обнаружить обструкцию и достоверно установить ее уровень у 55 (82,1%) пациентов. В 12 наблюдениях уровень обструкции определить не удалось из-за нарушения функции почки. По результатам УЗИ у 62 (77,5%) человек выявлена гидронефротическая трансформация различной степени выраженности. МСКТ выполнена 34 (42,5%) больным. Анализ эффективности применения метода показал, что его результаты оказались несколько лучше при непротяженных стриктурах в сравнении с протяженными. Рейтинг положительных ответов составил 76,2 против 66,7% соответственно ( $p > 0,5$ ). Результатом ретроградной эндоуретеро- и пиелотомии «холодным» ножом в 77,7% наблюдений стало восстановление анатомической проходимости ВМП. Применение гольмиевого лазера обеспечило возможность рассечения и абляции рубцовой ткани в условиях идеального визуального контроля (поддержание гемостаза в течение всей процедуры) и имело 100% успех.

**Заключение.** Современные методы лучевой диагностики позволяют определить анатомо-функциональное состояние ВМП, локализацию и протяжен-