

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. Скорняков¹, О.Н. Зубань^{1,2}, Б.И. Новиков¹, Э.П. Бородин¹, И.Д. Медвинский¹

¹ Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

² 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-

ность стриктуры и определиться в выборе тактики лечения. Эндоскопическая коррекция сужений мочеточника позволяет восстановить проходимость мочеточника у 80% больных, а в ряде случаев установить специфический характер воспаления. Эффективность применяемых методов возрастает в порядке перечисления: баллонная дилатация (73,3%), рассечение «холодным» ножом (77,8%), бужирование со стенти-

рованием мочеточника (82,6%), лазерная эндоуретропиелотомия (100%). Методом выбора эндоскопического лечения стриктур мочеточника можно считать рассечение гольмиевым лазером. К его основным преимуществам относятся малая травматичность, хороший обзор операционного поля, отсутствие неудовлетворительных результатов в отдаленные сроки наблюдения.

Современные особенности поражения органа зрения у больных СПИДом и туберкулезом

С.Н. Скорняков^{1,2}, С.А. Коротких³, А.П. Демин²,
Е.В. Сабадаш^{1,2}, И.Д. Медвинский², Б.И. Новиков²

¹ Уральский государственный медицинский университет, кафедра фтизиатрии и пульмонологии;

² Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

³ Уральский государственный медицинский университет, кафедра глазных болезней

Введение. Туберкулез и ВИЧ-инфекция — социально значимые и взаимозависимые инфекции. В структуре внелегочных форм туберкулеза органа зрения (ТОЗ) находится на 3–4-м месте среди прочих локализаций. Подавляющее большинство больных ТОЗ (97,4%) выявляют по обращаемости. При этом отмечают высокий удельный вес (43,7%) специфических процессов, диагностируемых на поздних стадиях развития. В клинической структуре ТОЗ преобладает поражение сосудистой оболочки в различных ее отделах. С учетом молодого, в большинстве случаев трудоспособного возраста больных впервые выявленным ТОЗ целью лечения заболевания является не только ремиссия воспалительного процесса, но и достижение высоких зрительных функций, трудовой реабилитации пациентов. Особое внимание заслуживает сочетание ТОЗ и СПИДа, поскольку у таких больных может развиваться острый некроз сетчатки, в отличие от изолированного ТОЗ, при котором превалирует вялотекущий процесс. По мере прогрессирования воспалительного процесса наступают сужение артерий, инфильтрация и экссудация вдоль сосудов, окклюзии артерий сетчатки, кровоизлияния. Наличие окклюзивного васкулита сетчатки может приводить к возникновению зон ишемии и развитию неоваскуляризации сетчатки и диска зрительного нерва.

Цель. Изучить особенности эпидемиологии поражения органа зрения при ко-инфекции (ВИЧ–туберкулез).

Материалы и методы. Обследован 21 пациент клиники УрНИИФ с проявлениями ко-инфекции ВИЧ–

туберкулез по стандартам согласно Приказу МЗ РФ № 106 от 2003 г. Определяли количество CD4-лимфоцитов. Группу сравнения составили 20 больных туберкулезом внелегочной локализации, преимущественно костно-суставным без ВИЧ-инфекции. Оценивали офтальмологические жалобы и статус, наличие симптомов воспалительного и невоспалительного поражения глаз.

Результаты. Преобладали лица мужского пола со СПИД 4-В-стадией (CD4⁺ от 200 до 400), в половине случаев отмечалось наличие хронического вирусного гепатита С. Среди клинических форм туберкулеза преобладали внелегочные локализации, преимущественно поражение опорно-двигательного аппарата. В 15% случаев диагностирован генерализованный туберкулез с поражением легких и только в одном случае отмечено изолированное поражение легких. Офтальмологических жалоб при этом пациенты не предъявляли, за исключением случаев поражения заднего отрезка глаз (увеиты) (n=3). Офтальмоскопическая картина: у всех пациентов (100%) выявлены признаки конъюнктивальной микроваскулопатии, проявления которой заключались в неравномерности калибра сосудов и наличии микроаневризм. Поражение переднего отрезка глаза — сухой кератоконъюнктивит — наблюдалось в 2 случаях, заднего отрезка в виде гранулематозно-очагового увеита — в 3, нейроофтальмологические осложнения (отек диска зрительного нерва) — в одном. Сравнение клинических проявлений специфического поражения глаз у больных с проявлениями ко-инфекции (основная группа) с группой сравнения (туберкулез костно-суставной системы без проявления ко-инфекции) показало