

Зубань О.Н.^{1*2}, Арканов Л.В.², Чотчаев Р.М.¹, Скорняков С.Н.²

Органоносящие операции при нефротуберкулезе

1 – ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва; 2 – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург

Zuban O.N., Arkanov L.V., Chotchaev R.M., Skorniyakov S.N.

Kidney removal in nephrotuberculosis

Резюме

79 больных нефротуберкулезом подвергнуто удалению почки. Осуществлено 48 люмбалльных нефрэктомий (1 группа) и 31 нефроуретерэктомия с трансуретральной резекцией устья мочеточника (2 группа). Количество пациентов с дизурией уменьшилось во 2 группе примерно в 8 раз, а в 1 – только в 2, частота ургентного недержания мочи – в 6 и 1,5 раза, а выраженность симптомов снизилась у 93,5% и 79,2% больных соответственно ($p < 0,05$). Прирост функциональной емкости МП составил $112,0 \pm 17,5$ мл во 2 группе и $67,8 \pm 12,4$ мл – в первой ($p < 0,001$). Нефрэктомии существенно изменили качество жизни (КЖ) по шкале SF-36: физическому и ролевому функционированию, обусловленному физическим состоянием, интенсивности боли, общему состоянию здоровья, жизненной активности и психическому здоровью. Комбинированная нефроуретерэктомия значительно повлияла на все характеристики КЖ, кроме параметра физического функционирования. Эта операция у больного нефротуберкулезом является профилактикой персистенции дизурии, эмпием культи мочеточника, ее малигнизации и персистенции ди-зурии, приводит к значительному повышению КЖ пациента.

Ключевые слова: гидронефроз, туберкулез почки, нефрэктомия, качество жизни

Summary

79 patients underwent kidney removal due to urotuberculosis. Lumbar nephrectomy was performed in 48 cases (group 1, control), nephroureterectomy with an endoscopic approach to distal ureter – in 31 cases (group 2, main). Number of patients with dysuria significantly decreased in 8 times in main group and in 2 times only in control, frequency and urgency – in 6 and 1,5 times, severity of micturition disorders decreased in 93,5% and 79,2% patients respectively ($p < 0,05$). Increase of the functional capacity of the bladder was $112,0 \pm 17,5$ ml in group 2, and $67,8 \pm 12,4$ ml – in the first one ($p < 0,001$). Quality of life (QOL) measured by SF-36 changed significantly after nephrectomy in following components: physical functioning, role-physical functioning, bodily pain, general health, vitality and mental health. Combined nephroureterectomy significantly affected on all QOL parameters except physical functioning. Conclusion. Removal of the kidney with the ureter in nephrotuberculosis patients prevents persistent dysuria, ureteral stump inflammation, possible malignancy and leads to a significant improvement of the patient's QOL.

Key words: urogenital tuberculosis, nephrectomy, quality of life

Введение

Среди впервые выявленных фтизиоурологических больных удельный вес оперированных достигает 30-80%. При этом наиболее часто выполняемым вмешательством является нефрэктомия (50-80%). Для оценки эффективности этой операции при туберкулезе учитывают следующие факторы: 1) функциональное состояние единственной оставшейся после нефрэктомии почки; 2) заболевания единственной почки; 3) трудоспособность; 4) у женщин – детородную функцию; 5) летальность [1,2,3,4,5,6]. В литературе имеются данные о том, что санация мочевой системы оперативным и медикаментозным путем приводит к регрессу функциональных и анатомических изменений в мочевом пузыре (МП). Однако

излечение наступает только у 42,1% больных туберкулезом МП [7]. У остальных и после удаления пораженной туберкулезом почки персистирует дизурия – один из ведущих и изнуряющих симптомов заболевания. Существует мнение, что патологический пузырный рефлекс поддерживается пораженной туберкулезом культи мочеточника [2]. В связи с этим необходимо внедрение радикальных подходов в хирургическом лечении больных нефротуберкулезом.

Применение классической нефроуретерэктомии из двух операционных доступов (в поясничной и подвздошной областях) или одного обширного (от реберной дуги до лонного сочленения) во фтизиоурологии достаточно ограничено в связи с высокой травматичностью.

Тем не менее, отдельные авторы рекомендуют выполнять эту операцию для профилактики эмпиемы, малигнизации и камнеобразования культи мочеточника, частота которых неизменно высока [8,9]. В литературе нет указаний о преимуществах нефроуретерэктомии перед нефрэктомией в отношении купирования симптомов нижних мочевых путей (НМП) у больных туберкулезом почек.

В 1952 г. Н.Р. McDonald [10] описана упрощенная нефроуретерэктомия, которая начинается с трансуретральной резекции МП вокруг устья и дистального отдела мочеточника. Затем почка и мочеточник удаляются через поясничный разрез путем краниального подтягивания. Ш. Рот и соавт. (2003) [11] считают, что такое комбинированное вмешательство показано не только при уретеролиальных опухолях ВМП, но и при сморщенной почке с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. В литературе отсутствуют сообщения о целесообразности использования подобной методики удаления почки и мочеточника в хирургическом лечении больных нефротуберкулезом.

Цель: оценить эффективность нефроуретерэктомии в профилактике и коррекции расстройств мочеиспускания у больных туберкулезом почек.

Материалы и методы

Материалом для настоящего исследования послужило изучение ближайших и отдаленных результатов оргоуносящих операций 79 больных нефротуберкулезом, осложненным спаичностью (гиперактивностью) МП. Предварительно выполненная цистоскопия не выявила характерных для специфического воспаления изменений слизистой оболочки. Осуществлено 48 люмбальных нефрэктомий (1 группа, контрольная) и 31 нефроуретерэктомия (2 группа, основная). Группы сопоставимы по полу и возрасту. В первую вошли 27 мужчин и 21 женщина в возрасте $52,5 \pm 2,7$ лет, во вторую – 17 мужчин и 14 женщин в возрасте $50,3 \pm 1,1$ лет. Из исследования исключали больных с другими заболеваниями, нарушающими акт мочеиспускания: гиперплазия, рак предстательной железы, стриктуры уретры, нейрогенную гиперрефлексию МП и т.д. Всем больным проведены основные и сезонные курсы противотуберкулезной химиотерапии, при наличии сопутствующего пиелонефрита – антибактериальное лечение широкого спектра действия.

Больным 2 группы операцию начинали с трансуретрального иссечения устья мочеточника пораженной почки резектоскопом с «игльчатый» электродом (прямой петлей Turner-Warwick), отойдя от него на 1 см. После появления жировой клетчатки по окружности разреза останавливали кровотечение путем коагуляции. Образовавшийся дефект МП размером 2,0 см не закрывали, так как мочу отводили уретральным катетером на 5-6 дней. У двух пациентов с неразличимым облитерированным устьем для поиска дистального отдела мочеточника резецирован участок МП диаметром 3,0 см. По окончании эндоскопического этапа больного переводили в положение для люмботомии и открытым доступом удаляли почку с отсеченным мочеточником единым блоком.

Комплекс обследования состоял из клинических, ла-

бораторных, радионуклидных, рентгенологических, ультразвуковых, инструментальных, эндоскопических, морфологических и уродинамических методов исследования. Клинические данные включали тщательно собранный анамнез, подробно учитывали жалобы больных, совместно с ними заполняли карту Международной системы суммарной оценки симптомов НМП (I-PSS и QOL). Степень функциональных нарушений считали легкой при балле, не превышавшем 7; умеренной – от 8 до 19 и тяжелой – от 20 до 35. Суточный ритм спонтанных мочеиспусканий регистрировали путем заполнения дневника, в котором отражалось количество мочеиспусканий и объем одномоментно выделенной мочи (функциональная емкость МП). Результаты лечения оценивали как хорошие при частоте мочеиспускания менее 8 раз, удовлетворительные – от 9 до 12 раз, неудовлетворительные – более 12 раз в сутки. Инструментом оценки качества жизни служил опросник SF-36 [12]. Анкетирование проводили до и через 2-4 месяца после операции. Отдаленные результаты лечения изучены в период от 6 мес. до 8 лет.

Уретроцистоскопия, биопсия стенки МП выполнены с использованием цисторезектоскопа (MGB, Германия). Урофлоуметрия и цистометрия проведены на установке «MENFIS biomedical» (Италия).

Статистическую обработку данных проводили с использованием параметрических и непараметрических методов. Вычисляли среднее значение, стандартное отклонение, t-тест и p. Для оценки достоверности различия качественных признаков (долей в группах) использовали точный критерий Фишера. Расчеты выполнены в среде WindowsXP с использованием программ прикладного статистического анализа Statistica for Windows v 5.0 и GraphPad InStat tm, 1994.

Результаты и обсуждение

Жалобы больных обеих групп существенно не отличались (рис. 1). Ведущим симптомом и критерием включения в исследование было наличие учащенного мочеиспускания, которое имело болезненный характер у половины пациентов обеих групп и сопровождалось императивными позывами и ургентным недержанием мочи в 31,3-35,5% и 16,7-19,4% случаев соответственно.

Лабораторные показатели у страдающих нефротуберкулезом представлены в таблице 1, из которой видно, что патологические изменения в моче и крови имели практически идентичный характер в обеих группах за исключением эритроцитурии, которая встречалась вдвое чаще у пациентов, подвергнутых впоследствии нефроуретерэктомии.

В таблице 2 представлена сравнительная оценка результатов нефрэктомии и комбинированной нефроуретерэктомии. Необходимо отметить, что в последнем случае дважды (6,5%) не удалось удалить мочеточник полностью из-за выраженного спаечного процесса в области его пузырного отдела. Длительность нефроуретерэктомии оказалась существенно большей, чем нефрэктомии, не только за счет выполнения диссекции устья, которая продолжалась примерно 15 мин. Еще та-

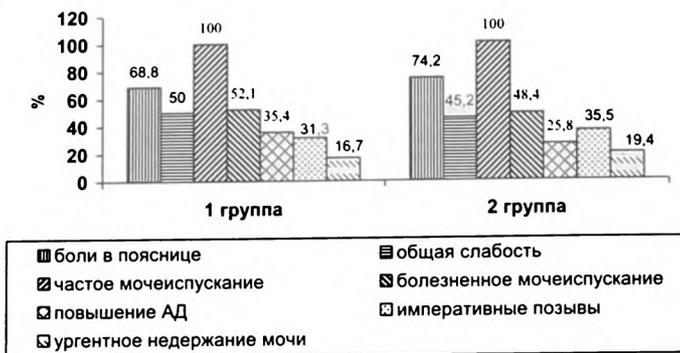


Рис. 1. Основные жалобы больных нефротуберкулезом, подвергнутых органосохраняющим операциям

Таблица 1. Данные анализов мочи и крови у больных нефротуберкулезом, осложненным спастичностью (гиперактивностью) мочевого пузыря

| Показатели лабораторных анализов | | Нефрэктомия (n=48) | Нефроуретерэктомия (n=31) |
|----------------------------------|----------------------|--------------------|---------------------------|
| мо чи | протеннурия | 25 (52,1%) | 13 (41,2%) |
| | лейкоцитурия | 28 (58,3%) | 20 (64,5%) |
| | эритроцитурия | 15 (31,3%) | 21 (67,7%) |
| кр ов и | повышение СОЭ | 26 (54,2%) | 18 (58,1%) |
| | палочкоядерный сдвиг | 5 (10,4%) | 4 (12,9%) |
| | анемия | 3 (6,3%) | 3 (9,7%) |

Таблица 2. Сравнительная оценка результатов нефрэктомии и комбинированной нефроуретерэктомии у больных нефротуберкулезом

| Критерий оценки | Нефрэктомия (n=48) | Нефроуретерэк-томия (n=31) |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Средняя длительность операции, мин | 76±5 | 118±12* |
| Срок нахождения в реанимации, сут | 1 | 1 |
| Интраоперационная кровопотеря, мл | 355±21 | 372±23 |
| Интраоперационные геморрагические осложнения | 2 (4,2%) | 1 (3,2%) |
| Осложнения раннего послеоперационного периода | 2 (4,2%) | -* |
| Активизация пациента, сутки после операции | 2-3 | 2-3 |
| Потребность в наркотических анальгетиках, сут | 1 | 1 |
| Длительность стояния дренажа в забрюшинном пространстве, сут | 2,3±0,2 | 3,1±0,1* |
| Начало перорального приема жидкости, часы после операции | 20-24 | 20-24 |
| Начало перорального приема пищи, часы после операции | 24 | 24 |

Примечание: * $p < 0,001$

кой же промежуток времени занимала смена положения тела больного на операционном столе. Также дольше держали дренажи в забрюшинном пространстве у пациентов 2 группы, что было связано с опасностью экстрavasации мочи через перфорационное окно МП. Осложнения раннего послеоперационного периода в виде нагноения раны наблюдали только в 1 группе. Достоверных различий в кровопотере, сроках активизации пациента, потребности в наркотических анальгетиках и начала 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.

Характер жалоб и их выраженность через 1 месяц после оперативно-го лечения претерпели существенные

изменения. Таблица 3 показывает, что оба вида оперативного лечения привели к незначительному снижению количества больных с поясничными болями из-за недостаточного для реабилитации периода времени. 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 НМП. Число больных с дизурией уменьшилось в 2 раза в первой и в 3 раза во второй группах. 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

Таблица 3. Динамика жалоб больных нефротуберкулезом через 1 месяц после органоносящих операций

| Жалобы больных | | Нефрэктомия (n= 48) | | | | Нефроуретерэктомия (n= 31) | | | |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------|-------|-------|------|----------------------------|-------|-------|------|
| | | до | | после | | до | | после | |
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| боли в пояснице | | 33 | 68,8 | 25 | 52,1 | 23 | 74,2 | 19 | 61,3 |
| общая слабость | | 24 | 50,0 | 13 | 27,1 | 14 | 45,2 | 9 | 29,0 |
| повышение артериального давления | | 17 | 35,4 | 12 | 25,0 | 8 | 25,8 | 6 | 19,4 |
| Симптомы нижних мочевых путей | частое мочеиспускание | 48 | 100,0 | 23 | 47,9 | 31 | 100,0 | 10 | 32,3 |
| | болезненное мочеиспускание | 25 | 52,1 | 11 | 22,9 | 15 | 48,4 | 2 | 6,5 |
| | императивные позывы | 15 | 31,3 | 6 | 12,5 | 11 | 35,5 | 2 | 6,5 |
| | ургентное недержание мочи | 8 | 16,7 | 5 | 10,4 | 6 | 19,4 | 1 | 3,2 |

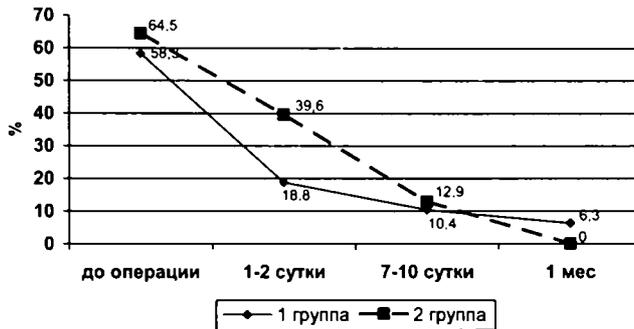


Рис. 2. Динамика удельного веса больных с лейкоцитурией до и после оперативного лечения

недержание мочи, которые при туберкулезном уретерите поддерживаются натянутым, как «струна», мочеточником. Количество пациентов, испытывающих боли при мочеиспускании, уменьшилось в основной группе примерно в 8 раз, а в контрольной – только в 2, частота недержания мочи на высоте императивного позыва – в 6 и 1,5 раза соответственно.

Хирургическая санация очага специфической инфекции оказала влияние и на лабораторные показатели. Динамика воспалительных изменений в анализах мочи отражена в диаграмме на рисунке 2. Диаграмма демонстрирует, что число пациентов с лейкоцитурией уменьшалось более стремительно в 1 группе на 1-2 сутки после операции, затем темп снижения замедлялся. Изменение этого показателя во 2 группе происходило менее быстро в связи с имеющейся операционной раной в МП. Однако через месяц после нефроуретерэктомии лабораторные признаки воспаления исчезли полностью, а после нефрэктомии сохранялись в 6,3% случаев, что мы объясняем активностью процесса в культе мочеточника.

Потеря функции почки при туберкулезе наступает не только в результате деструкции, но и вследствие гидронефротической трансформации, развивающейся при поражении мочеточника, которое осложняет течение заболевания в 10-80% случаев. Затем почка становится за-

ложницей этого осложнения: высокое внутрипросветное давление ведет к постпапальной дилатации верхних мочевых путей выше пораженного участка, компрессии паренхимы и ее атрофии. У 35,5% и 41,7% больных 1 и 2 групп соответственно воспалительных изменений в моче не зарегистрировано, что связано с полной облитерацией мочеточника. Его культя, остающаяся после нефрэктомии, в этой ситуации оказывается перевязанной проксимально и облитерированной дистально. Отсутствие дренирования при текущем уретерите является предпосылкой для нагноения и возможной малигнизации. После нефрэктомии клинически значимый воспалительный процесс в культе мочеточника сохранялся у 3 (6,3%) больных, которым в сроки от 3 до 6 месяцев выполнена уретерэктомия. Гистологическое исследование подтвердило наличие специфического уретерита.

Эритроцитурия на следующие после операции сутки нарастала: в 1 группе – незначительно, во второй – у всех пациентов, что связано с наличием раневого дефекта в стенке МП (рис. 3). Через 1 месяц количество больных с примесью крови в моче существенно не отличалось в обеих группах. Ситуаций, требовавших остановки кровотечения хирургическим путем в раннем послеоперационном периоде, не отмечено. Различный объем органоносящих оперативных вмешательств по-разному сказался

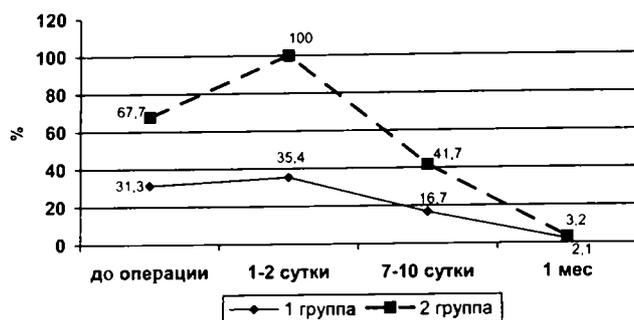


Рис. 3. Динамика удельного веса больных с эритроцитурией до и после оперативного лечения

Таблица 4. Динамика суточного ритма мочеиспускания, балла IPSS и индекса QOL у больных нефротуберкулезом после органоуносящих операций

| Изучаемые показатели | Нефрэктомия | | | | | Нефроуретерэктомия | | | |
|---------------------------------|---------------------|----------------|------------------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|-------------------|--|
| | До операции n=48 | После операции | | | До операции n=31 | После операции | | | |
| | | 1 мес n=48 | 8-12 мес n=42 | 20-24 мес n=33 | | 1 мес n=31 | 8-12 мес n=25 | 20-24 мес n=21 | |
| Частота мочеиспускания за сутки | 15,3 3,1 | 10,3 1,6* | 9,8 1,4* | 10,5 1,9* | 16,1 3,5 | 8,9 1,3* | 8,6 1,1* | 9,3 1,4* | |
| Ночная поллакиурия | 3,8 0,3 | 2,2 0,2* | 2,0 0,2* | 1,9 0,3* | 4,0 0,3 | 1,6 0,3* | 1,4 0,2* | 1,5 0,2* | |
| Функциональная емкость МП**, мл | 135,4 7,1 | 203,2 15,2* | 206,2 23,2* | 218,0 9,7* | 124,0 16,4 | 236,0 23,1* | 248,1 27,5* | 229,3 29,0* | |
| Балл IPSS | 15,2± 2,1 | 11,1± 1,5* | 10,2± 1,3* | 9,4± 1,1* | 15,8± 1,8 | 7,8±0,9* | 7,5± 0,7* | 6,9± 0,5* | |
| Индекс QOL | 3,2±0,2 | 2,1± 0,2* | 2,0± 0,1* | 1,5± 0,1* | 3,4±0,3 | 1,7±0,2* | 1,6± 0,1* | 1,1± 0,1* | |

Примечание: * - $p < 0,01$, ** - мочевого пузыря

не только на количестве пациентов, имеющих симптомы НМП, но и на их выраженности. Существенных различий в исходном числе мочеиспусканий в сутки в обеих группах до хирургического лечения не было ($p > 0,05$). Хороший результат в отношении купирования дизурии достигнут у 25 (52,1%) больных 1 группы и у 21 (67,7%) – второй. Удовлетворительные показатели зарегистрированы в 13 (27,1%) и 8 (25,8%) случаях соответственно. Об отсутствии симптомов заявили 10 (20,8%) и 2 (6,5%) пациентов. Таким образом, комбинированная нефроуретерэктомия оказала положительное влияние на симптомы НМП у 93,5% больных, а традиционная нефрэктомия – только у 79,2% ($p < 0,05$).

Количественные показатели суточного ритма спонтанных мочеиспусканий изучены до и через 1 месяц после операции у всех пациентов, через 8-12 месяцев у 42 – 1 группы и 25 – второй, через 20-24 – у 33 и 21 соответственно. Распределение больных по этим критериям представлено в таблице 4. Через 1 месяц после операции количество суточных мочеиспусканий снизилось почти в 2 раза у больных основной группы и в 1,5 раза – контрольной, что составило $8,9 \pm 1,3$ и $10,3 \pm 1,6$ соответственно ($p < 0,01$). Еще в большей степени хирургическая санация очагов специфической инфекции повлияла на ночной компонент суточных микций, в большей степени у па-

циентов, подвергнутых нефроуретерэктомии. Причиной этого было увеличение функциональной емкости МП, которая составила $236,0 \pm 23,1$ мл во 2 группе и $203,2 \pm 15,2$ мл – в первой ($p < 0,05$). Прирост этого показателя достиг $112,0 \pm 17,5$ мл и $67,8 \pm 12,4$ мл ($p < 0,001$). Балльная оценка симптомов НМП по шкале IPSS показала, что их выраженность уменьшилась в обеих группах и коррелировала с числом мочеиспусканий в сутки и за ночь. При этом значения индекса качества жизни QOL оказались почти идентичными цифрам, отражающим ночную поллакиурию.

Контрольные обследования пациентов в отдаленном послеоперационном периоде показали, что достигнутый в отношении дизурии эффект достаточно прочно закрепился. Колебания частоты суточных и ночных мочеиспусканий, функциональной емкости МП через 8-12 и 20-24 месяца были незначительными. Несмотря на это, балл IPSS и индекс QOL продолжали постепенно снижаться, что, вероятно, указывает на адаптацию больного к остаточным проявлениям заболевания.

Качество жизни (КЖ) – является одним из новых критериев эффективности лечения различных заболеваний, получившим в последнее время широкое распространение в странах с высоким уровнем развития медицины. КЖ – это интегральная характеристика физического,

Таблица 5. Качество жизни больных нефротуберкулезом до и после удаления почки (баллы)

| характеристики качества жизни | нефрэктомии | | нефруретерэктомии | |
|------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|-------------------|----------------|
| | до операции | после операции | до операции | после операции |
| Физическое функционирование | 49,4 ± 5,0 | 66,3 ± 4,2* | 67,7 ± 5,4 | 73,5 ± 4,9 |
| Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием | 105,2 ± 17,2 | 159,3 ± 18,1* | 144,2 ± 23,9 | 189,7 ± 23,5* |
| Интенсивность боли | 30,3 ± 4,6 | 51,5 ± 5,0* | 36,9 ± 5,2 | 61,1 ± 4,4* |
| Общее состояние здоровья | 32,9 ± 3,4 | 47,0 ± 2,6* | 35,5 ± 5,1 | 49,2 ± 3,1* |
| Жизненная активность | 36,3 ± 3,2 | 45,8 ± 3,3* | 38,5 ± 4,7 | 53,8 ± 3,2* |
| Социальное функционирование | 44,3 ± 5,3 | 54,17 ± 6,41 | 41,2 ± 6,0 | 66,2 ± 4,1* |
| Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием | 140,2 ± 20,5 | 177,8 ± 17,9 | 156,9 ± 23,9 | 209,9 ± 18,0* |
| Психическое здоровье | 42,33 ± 3,34 | 52 ± 2,99* | 40,5 ± 3,97 | 50,4 ± 2,9* |

Примечание: * - $p < 0,05$.

Таблица 6. Показатели компонентов здоровья качества жизни больных нефротуберкулезом до и после органосохраняющих операций (баллы)

| компоненты здоровья | нефрэктомии | | нефруретерэктомии | |
|---------------------|-------------|------------|-------------------|-------------|
| | до | после | до | после |
| физический | 45,8 ± 2,4 | 51,1 ± 2,1 | 53,6 ± 2,3 | 59,0 ± 2,1* |
| психологический | 46,3 ± 3,5 | 51,9 ± 2,7 | 44,1 ± 3,7 | 57,7 ± 2,5* |

Примечание: * - $p < 0,05$

психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Однако, как глобальная концепция, КЖ не учитывает в полной мере состояния здоровья. Поэтому для практических целей сформулировано понятие — «связанное со здоровьем качество жизни» (СЗКЖ – health-related quality of life – HRQL). СЗКЖ охватывает в широких пределах опыт человека, включая ежедневные потребности, индивидуальные реакции на болезнь и действия, связанные с профессиональной деятельностью и личным благополучием [5].

Традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, и оценка КЖ, данная самим больным, составляют наиболее полную и объективную характеристику его состояния здоровья [13,14]. Наиболее распространённым методом оценки СЗКЖ является вопросник SF-36, который расценивается как “золотой” стандарт [15]. Он представляет собой самостоятельно заполняемый пациентом опросную карту из 36 пунктов, определяющий количественно СЗКЖ в многовопросных шкалах. С помощью этого опросника динамика СЗКЖ изучена у 41 больного нефротуберкулезом до и через 2-4 месяца после хирургического лечения (табл. 5). Установлено, что нефрэктомии существенно изменили КЖ по следующим характеристикам: физическое функционирование, рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность и психическое здоровье. По параметрам социального и рольного функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, изменение КЖ оказалось недостоверным. Комбинированная нефруретерэктомия значительно повлияла на все характеристики КЖ, кроме параметра физического функционирования.

Показатели компонентов здоровья КЖ у больных нефротуберкулезом после различных видов оперативных вмешательств менялись довольно существенно (табл. 6). Показано, что у больных нефротуберкулезом после нефрэктомии физический и психологические компоненты здоровья существенно не изменились. Удаление почки вместе с мочеточником вызвало значительное улучшение обоих компонентов КЖ ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, комбинированная нефруретерэктомия при специфическом поражении почек обладает существенными преимуществами, несмотря на большую длительность по сравнению с нефрэктомией. Обширность операционной травмы и кровопотеря вполне сопоставимы. Трансуретральный этап модифицированной операции достаточно прост в исполнении и не угрожает экстравазацией мочи при адекватном дренировании МП. Комбинированная трансуретральная резекция дистального отдела мочеточника с нефруретерэктомией по сравнению с традиционной нефрэктомией при специфическом поражении почек и мочевыводящих путей приводит к вдвое большему приросту функциональной емкости мочевого пузыря, сопровождается снижением выраженности расстройств мочеиспускания у 93,5% против 79,2% больных соответственно ($p < 0,05$). Удаление почки вместе с мочеточником у больного нефротуберкулезом является профилактикой эмпием культи мочеточника, возможной ее малигнизации и персистенции дизурии, приводит к значительному по-вышению КЖ пациента. ■

Зубань О.Н., д.м.н., профессор, заместитель главного врача ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ».

главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России», г. Екатеринбург; Арканов Л.В., аспирант ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России», г. Екатеринбург; Чотчаев Р.М., к.м.н., врач уролог 2-го урологического отделения ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом

ДЗМ», г. Москва.; Скорняков С.Н., д.м.н., директор ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России», г. Екатеринбург.; Автор, ответственный за переписку - Зубань Олег Николаевич Адрес: 107014, Москва, ул. Стромынка, 10. Тел. раб. (499)268-25-45 Моб. тел. (919)786-30-92 E-mail: pan_zuban@msn.com

Литература:

1. Зубань О.Н. Хирургическое лечение туберкулеза почек и моче-выводящих путей // Рук-во по легочному и внелегочному туберкулезу под ред. Ю.Н. Левашева и Ю.М. Репина. – СПб 2006: 489-496.
2. Камышан И.С. Руководство по туберкулезу урогенитальных органов. Киев 2003: 286-328.
3. Нерсесян А.А. Особенности клинического течения, диагностики и лечения мочевого туберкулеза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М: 2007.
4. Ткачук В.Н., Ягафарова Р.К., Аль-Шукри С.Х. Туберкулез мочевого пузыря. СПб 2004.
5. Ягафарова Р.К., Вахмистрова Т.И. Туберкулез почек, мочеточников и мочевого пузыря // Внелегочный туберкулез / под ред. проф. Васильева А.В. СПб 2000: 276-289.
6. McAleer S.J., Johnson C.W., Johnson W.D. Genitourinary Tuberculosis. // Campbell-Walsh urology. - 9th ed./ editor-in-chief Wein A.J.; editors. Kavoussi L.R., Novick A.C., Partin A.W., Peters C.A. Philadelphia: Saunders W.B. 2007: 436-447.
7. Кульчавеня Е.В. Трудности диагностики туберкулеза мочевого пузыря. – Новосибирск: Юпитер, 2004: 103.
8. Maegawa M., Kitamura K., Usida H. et al. Empyema of the ureteral stump with multiple stones after nephrectomy // Hinyokika Kyo 2002; 48(3): 167-169.
9. Kim Y.J., Jeon S.H., Huh J.S., Chang S.G. Long-term follow-up of ureteral stump tumors after nephrectomy for benign renal disease // Eur. Urol. 2004; 46(6): 748-752.
10. McDonald H.P., Upchurch W.E., Sturdevant C.E. Nephro-ureterectomy: a new technique // J. Urol. 1952; 67(6): 804-809.
11. Рот Ш., ван Ален Х., Семионов Х., Гертле Л. Нефроуретерэктомия с трансуретральным удалением мочеточника // Оперативная урология: классика и новация / под ред. Манагадзе Л.Г., Лопаткина Н.А., Лорана О.Е., Пушкаря Д.Ю., Даренкова С.П., Турманидзе Н.Л., Гогенфеллер Р. М.: Медицина; 2003: 608-613.
12. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб: Издательский Дом «Нева» 2002: 320.
13. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении // Медицинская газета 2000; 53: 6-7.
14. Jones P.W. Health status, quality of life and compliance // Eur. Respir. Rev. 1998; 56: 243-246.
15. Ware J.E., Kosinski M, Keller SK. SF-36 physical and mental health summary scales: a users' manual // Boston: The Health Institute, New England Medical Center 1994.