

лена в 4,6% случаев, 2-ой группы - 8,8%. Между тем, при длительной консервативной терапии (3-я группа) хирургические пособия носили более травматичный характер, чаще сопровождались развитием послеоперационных осложнений, что привело к инвалидизации пациентов в 22,8% случаев.

В отдаленном периоде полный клинический эффект в 1 группе наблюдался у 97,5%, во 2-ой - у 97,4%, в 3-ей - у 97,9% оперированных.

Таким образом, своевременное (через 1-2 мес. от начала специфической терапии) хирургическое вмешательство у больных туберкулезом легких с признаками сформировавшегося хронического заболевания позволяет достичь полного клинического эффекта в 97,5% случаев, реализовать органосохраняющие принципы торакальной хирургии, сократить сроки лечения и трудовой реабилитации пациентов.

160

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗОМ

Журавлев В.Н., Зырянов А.В., Новиков Б.И., Коршунов А.Н.

Уральский НИИ фтизиопульмонологии

Уральская государственная медицинская академия
г. Екатеринбург

Органосохраняющие операции являются в настоящее время приоритетным направлением в хирургическом лечении больных нефротуберкулезом. Особую актуальность в связи с этим приобретают малоинвазивные операции.

Малоинвазивная хирургия забрюшинного пространства представлена в литературе с конца 60-х, начала 70-х годов (Bartel M., Sommerkamp H., Зильберман М.Н.). Однако только в 90-х годах это направление получило свое настоящее развитие. Малоинвазивные ретроперитонеоскопические операции мы выполняем с помощью основного инструмента - оптического или неоптического ретроперитонеоскопа и вспомогательного инструментария (зажимы, ножницы, диссекторы и др.) Неоптический ретроперитонеоскоп вводится в рану после предварительного разреза кожи длиной 2-3 см и формирования межмышечного операционного канала к забрюшинному пространству. Данный способ ретроперитонеоскопии упрощает процедуру операции, значительно укорачивает время ее выполнения.

С 1992 по 1998 г. на базе отделения внелегочного туберкулеза УрНИИФ мы выполнили 36 операций у 36 пациентов в возрасте от 30 до 77 лет. Из них 25 уретеролитотомии и пиелолитотомии при нефролитазе, 10 операций выполнены при кавернозном туберкулезе почки - 2 кавернотомии, 6 кавернэктомий, 2 резекции почки. У 24 больных продолжительность операции составила 40-90 мин., у 12, при более сложных операциях, - 90-150 мин. У двух пациентов ввиду сложности операции и неясной анатомии операция переведена в традиционную люмботомию.

Выполнив 34 малоинвазивные операции, мы не наблюдали осложнений ни у одного пациента, поскольку предлагаемый нами метод позволяет хирургу более свободно ориентироваться в забрюшинном пространстве в сравнении с лапароскопической РПС.

Таким образом, малоинвазивные операции при нефротуберкулезе являются щадящими, малотравматичными методами оперативного лечения с хорошим косметическим эффектом, позволяя выполнить широкий спектр урологических операций.

161

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ

Журавлев В.Н., Коршунов А.Н., Новиков Б.И., Зырянов А.В.

Уральский НИИ фтизиопульмонологии,
Уральская государственная медицинская академия
г. Екатеринбург

Туберкулезные структуры преимущественно наблюдаются в интрамуральной части мочеточника, в юкстазаизиальном его отделе и в подлоханочном отделе. Наш опыт представлен 17 паци-

ентами, страдающими туберкулезом мочевых органов с формированием туберкулезных структур: у 12 пациентов структуры сформировались в интрамуральной части мочеточника, у 3 - в юкстазаизиальном отделе и у двух - в подлоханочном отделе. Мы не отмечали параллелизма между степенью поражения туберкулезом почки и мочеточника, т.е. при ограниченной деструкции почечной паренхимы наблюдались выраженные рубцовые структуры мочеточника и, наоборот, при поликавернозном туберкулезе мочеточник был поражен лишь незначительно.

По данным В.Д. Грунд (1956), Т.П. Мочаловой (1976) противотуберкулезные препараты способствуют быстрому формированию рубцовых структур мочеточника, и в результате эффективного лечения туберкулезного поражения мочевых путей больные выздоравливают, но происходит так называемое "желательное рубцевание в нежелательном месте". В связи с этим мы являемся сторонниками более раннего хирургического лечения туберкулезных структур и производим операцию после 2-2,5 - месячного лечения специфическими антибактериальными препаратами и ориентируемся в основном не на активность туберкулезного процесса и бацилловыделение, а на степень снижения функции почек к моменту операции. В послеоперационном периоде продолжаем длительную специфическую антибактериальную терапию, и лечение протекает более успешно в условиях хорошего оттока мочи из почки.

При структурах интрамурального отдела мочеточника мы выполняли операцию антирефлюксным способом по Politano-Leadbetter у 12 пациентов и у трех - по Жиль-Вернету; при структурах в подлоханочном отделе мочеточника - по Хайнес-Андерсену.

Таким образом, из 14 больных, оперированных по поводу структуры терминального отдела мочеточника, у 11 - благоприятный результат, а у трех развился стеноз уретероцистоанастомоза, следствием чего явилась уретернефрэктомия. Наши наблюдения показывают, что чем раньше выполнены реконструктивные операции при туберкулезных структурах мочеточника, тем эффективнее консервативное специфическое лечение.

162

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ДРУГИМИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Коршунов А.Н., Новиков Б.И., Сабадаш Е.В.

Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

Проведена сравнительная оценка технологии аденоэмактомии применительно к особенностям ведения больных до операции и после нее, страдающих туберкулезом легких и без него. Сравнивали 2 группы: 1-я группа (103 чел.) - больные, страдающие аденоэмой простаты, наличием некоторых форм нетуберкулезных заболеваний; 2-я группа (67 чел.) - с аденоэмой простаты и туберкулезом легких. Среди больных 2-ой группы удельный вес сопутствующих нетуберкулезных заболеваний заметно выше: гипертонической болезни - в 3,5 раза, ишемической болезни сердца в 2,1 раза, язвенной болезни желудка и 12-пертной кишки - в 3,5 раза, болезни печени - в 4,8 раза.

Наличие сопутствующих заболеваний, особенно в сочетании с туберкулезом легких у больных, страдающих аденоэмой простаты, требует не только длительной предоперационной подготовки, но и ослабляет иммунитет больного, ухудшает прогноз. Кроме того, у пациентов, страдающих туберкулезом легких, в той или иной степени присутствуют признаки дискоагулемии, а длительная специфическая антибактериальная терапия приводит к различного рода функциональным нарушениям печени. В связи с этим в пред- и послеоперационный периоды проводилось исследование гомеостаза с последующей коррекцией нарушений и использованием низкомолекулярного гепарина, свежезамороженной плазмы и дезагрегантов.

Лучшим способом радикального лечения аденоэмы простаты является, на наш взгляд, ранняя одномоментная чрезпузырная аденоэмактомия, выполненная под периуральной анестезией у 81,2% пациентов, применение для гемостаза катетера типа Фолея, дренирование мочевого пузыря двойной трубкой с орошением растворами антисептиков, профилактика осложнений.

Послеоперационные осложнения составили: вторичные кровотечения - у 2,1% больных; гнойно-воспалительные про-