

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

М. Н. Тилляшайхов¹, С. К. Алиджанов²

¹Республиканский специализированный научно-практический центр онкологии и радиологии, ²Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: малоинвазивные технологии, стентирование, перкутанная нефростомия, туберкулёз почек.
Таянч сўзлар: минимал инвазив технология, стентлаш, аралашган нефростомия, буйраклар сил касаллиги.
Key words. minimally invasive technologies, stenting, percutaneous nephrostomy, renal tuberculosis.

Перкутанная нефростомия и стентирование при туберкулёзе почек с суправезикальной обструкцией создаёт условия для нормализации пассажа мочи. Накопленный опыт позволяет положительно оценить роль ПКНС, как метода выбора для деблокирования и оценки резервов функции почек на фоне туберкулёзных изменений верхних мочевых путей. и стентирование при туберкулёзе почек с суправезикальной обструкцией создаёт условия для нормализации пассажа мочи.

СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ОБСТРУКТИВ СИЛ ШАКЛЛАРИНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛЛИШДА МИНИМАЛ ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛЛАШ

М. Н. Тилляшайхов¹, С. К. Алиджанов²

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази, Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тери орқали нефростомия ва буйракнинг туберкулёз обструкцияси учун стентлаш сийдик ўтишини нормаллаштириш учун шароит яратади. Тўпланган тажриба бизга юқори сийдик йўлидаги сил касаллиги фонида буйрак функцияси захираларини бушатиш ва баҳолашни танлаш усули сифатида ПКНС ролини ижобий баҳолашга имкон беради. Буйрак усти безининг обструкцияси билан сил касаллиги учун стент қўйиш сийдик чиқишини нормаллаштириш учун шароит яратади.

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF APPLICATION OF MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TUBERCULOSIS OBSTRUCTIVE FORMS OF THE URINARY WAYS

М. N. Tillyashayxov¹, S. K. Alidjanov²

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, ²Republican Specialized Scientific and Practical Center of Phthisiology and Pulmonology, Tashkent, Uzbekistan

Percutaneous nephrostomy and stenting for tuberculosis of the kidneys with supravescical obstruction creates the conditions for normalizing the passage of urine. The accumulated experience allows us to positively assess the role of PKNS as a method of choice for the release and assessment of the reserves of renal function against the background of tuberculous changes in the upper urinary tract. and stenting for tuberculosis of the kidneys with supravescical obstruction creates the conditions for normalizing the passage of urine.

Лечение туберкулёза мочевыводящих путей зависит от распространённости воспалительного процесса и развившихся осложнений. Так, если при начальных ограниченных формах заболевания преобладают консервативные методы терапии, то при деструктивных и осложнённых формах туберкулёза мочевыводящих путей применяются различные оперативные методы лечения [2, 4, 6].

В настоящее время, в комплексном лечении фтизиоурологических больных различные хирургические методы занимают основное место. Наиболее часто выполняется нефрэктомия, удельный вес которой по данным разных авторов колеблется от 50 до 80% среди всех видов оперативной лечения [1].

У ряда больных с деструктивными формами туберкулёза почек, низкая эффективность этиопатогенетической терапии связана, в частности, с распространением специфического воспаления на мочевые пути с последующим развитием стриктур и нарушений уродинамики [3, 6]. Возникающий при этом уретерогидронефроз (гидронефроз) замедляет излечение

специфического процесса в почке, а в ряде случаев ведёт к утрате функции органа [4, 6, 7]. При обструкции верхних мочевых путей своевременное и раннее отведение мочи является одной из важнейших лечебных мероприятий в урологии. Ранняя диагностика стриктуры мочеточника и адекватное его лечение позволят максимально сохранить почечную функцию у больных туберкулёзом мочевыводящих путей. В настоящее время широкое распространение получили эндовидеоурологические и пункционные технологии отведения мочи. Имеются публикации о значении чрескожных (перкутанных) методов дренирования в комплексном лечении туберкулёза почки и мочеточника [2, 5]. Вопросы эффективности стентирования верхних мочевых путей при стриктурах мочеточника связанные с туберкулёзом мочевыводящих путей в литературе освещены недостаточно.

Цель исследования: Определить эффективность малоинвазивных технологий при туберкулезе мочевыводящих путей с суправезикальной обструкцией.

Материалы и методы исследования: Нами изучены 70 больных нефротуберкулёзом, осложнённым туберкулёзным уретеритом, которым выполнено комплексное обследование и лечение в урогенитальном отделении РСНПМЦФиП МЗ РУз. Больные были в возрасте от 20 до 67 лет, 22 мужчин и 48 женщин.

Для анализа частоты и характера клинико-рентгенологических форм нефротуберкулёза, патоморфологических характеристик и результатов лечения были использованы почечно-мочеточниковые единицы (ПМЕ). Почечно-мочеточниковая единица соответствует одной почке и одному мочеточнику. 40 больным с различными формами нефротуберкулёза было проведено 53 перкутанной нефростомии (ПКНС), при этом 11 пациентам - с 2-х сторон и 2 пациентам повторные вмешательства. 30 больным нефротуберкулёзом с ретенционными изменениями верхних мочевых путей произведена ретроградная установка стента. Всего 83 ПМЕ.

В качестве базовой противотуберкулёзной химиотерапии больные получали 4 препарата в условиях стационара в течение 2-3 месяцев.

Бактериологическое исследование мочи позволило выявить МБТ у 30 (42,8%) из 70 больных.

Показаниями для проведения малоинвазивных вмешательств в диагностике и лечении туберкулёза мочевых путей явились наличие обструкции верхних мочевых путей, обострение хронической почечной недостаточности (ХПН) на фоне обструкции, почки с эхографическими признаками полостных образований и угнетением функции.

ПКНС проводили по методу Сельдингера - через нижнюю или среднюю группу чашечек (в 1 наблюдении из-за наличия камня в ней), с дальнейшим бужированием пункционного канала, установкой и фиксацией нефростомического дренажа по типу «pig tail».

Внутреннее стентирование мочеточника проводилось мочеточниковыми стентами типа «JJ» размерами 6-8 по Шарьеру, с помощью цистоскопа с последующим рентгенологическим контролем.

Результаты и обсуждение: В ходе обследования (антеградная пиелография, бактериологическое исследование мочи и гноя) больных было установлено, что в 10 почках имел место поликавернозный туберкулёз, в 5 – туберкулёзный пионефроз, в 3 – сочетание кавернозного туберкулёза с гидронефрозом, в 65 – посттуберкулёзный гидронефроз (уретерогидронефроз).

Среди обследованных нами больных, чаще всего поражалась нижняя треть мочеточника (83,7%).

У 25 (83,3%) из 30 больных стентирование мочеточника оказалось успешным. У 5 (16,7%) потребовалась конверсия в виде ПКНС. Следует отметить, что конверсия в виде ПКНС потребовалась больным с множественными стриктурами мочеточника. Чаще всего стенты были установлены больным при локализации процесса в нижней трети (88%). Стенты были установлены на период 1-2 месяца. Симптомы нижних мочевых путей на фоне стента имели место у всех пациентов. Для уменьшения дизурических явлений и улучшения

качества их жизни больные принимали тамсулозин в дозе 0,4 г в сутки на весь период установленного стента. Патогенетическое лечение включало также применение антиоксидантов и электро- и фонофорез энзимов на область поражения мочеточника.

Адекватное дренирование после ПКНС достигнуто в 56 (96,5%) случаях вмешательств, в 2-х случаях результаты (3,5%) ПКНС были оценены как неэффективные. Обострений туберкулёзного процесса после проведённых вмешательств не наблюдали.

При анализе частоты и характера осложнений при малоинвазивных вмешательствах, имевших место у 9 больных, осложнения были разделены на 4 группы: травматические повреждения (макрогематурия, гематома); воспалительного характера (обострение пиелонефрита, паранефрит); выпадение нефростомического дренажа; обострение ХПН.

Частота осложнений составила 11 (18,9%) на 58 ПКНС. Из осложнений наиболее часто встречалось обострение неспецифического воспалительного процесса – у 3 больных. Развитие воспалительных осложнений после ПКНС было связано с наличием инфекции мочевых путей, на фоне которого выполнялось пункционное дренирование. Выпадение нефростомического дренажа наблюдалось у 3 больных. Макрогематурия имела место у 5 больных после ПКНС, причём у одного больного она сопровождалась тампонадой ЧЛС и атакой пиелонефрита. Все осложнения были устранены путём проведения консервативных мероприятий.

Различные открытые оперативные вмешательства в последующем были произведены 37 больным: 19 – реконструктивно-восстановительные операции на мочевых путях, 18 – нефрэктомия в связи с далеко зашедшими изменениями почек и мочеточников необратимого характера.

У 18 (72%) больных, которым было проведено стентирование мочеточника, на фоне специфической антибактериальной и патогенетической терапии, после удаления стента картины суправезикальной обструкции не наблюдалось.

15 больным с ПК нефростомами радикальное хирургическое лечение (пластические операции на мочевых путях) не проводились из-за ряда противопоказаний или отказа больных от них.

Полученные результаты показали высокую эффективность малоинвазивных вмешательств в лечении суправезикальной обструкции у больных туберкулёзом мочевых путей. Так, использование внутреннего стентирования мочеточников на фоне патогенетической и антибактериальной терапии позволило получить хорошие результаты в 72% наблюдений. Вместе с тем, в 5 (16,7%) наблюдениях потребовалась конверсия в виде ПКНС. Осложнений у наших пациентов не наблюдалось.

Адекватное дренирование после ПКНС составил 96,5%, что свидетельствует о высокой эффективности этого метода в восстановлении пассажа мочи при суправезикальной обструкции у больных туберкулёзом мочевых путей.

В наших наблюдениях, частота осложнений после малоинвазивных вмешательств, при различных формах нефротуберкулёза составила 18,9%, что совпадает с литературными данными. Так, по данным Ингашина Н.С.(2007), различные виды осложнений после ПКНС имели место в 17,2% наблюдений.

Выводы: Таким образом, ПКНС и стентирование при туберкулёзе почек с суправезикальной обструкцией создаёт условия для нормализации пассажа мочи. Накопленный опыт позволяет положительно оценить роль ПКНС, как метода выбора для деблокирования и оценки резервов функции почек на фоне туберкулёзных изменений верхних мочевых путей.

На фоне патогенетической терапии стентирование мочеточников показало свою высокую эффективность: позволило добиться ликвидации обструкции и нормализации пассажа мочи по верхним мочевым путям.

Использованная литература:

1. Зубань О.Н., Муравьев А.Н. Чрескожная пункционная нефростомия у больных туберкулезом почки и мочеточника // Материалы VI рег. науч.-практ. конф. урологов Западной Сибири «Акт. вопр. диагн. и леч. урологических заболеваний». - Барнаул, 2007. - С. 75-77.
2. Рашидов З.Р., Рахматов М.М. Пункционные методы дренирования в лечении туберкулеза мочевой системы // Мед. Журнал Узбекистана. Т. – 2005. - № 5. - С. 27-30
3. Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н. М., Хасанов Ш.Т. Особенности клинического течения мочевого пузыря у лиц молодого возраста // Вестник врача. - №2, 2019. - С. 108-113.
4. Ткачук В.Н., Ягафарова Р.К., Аль-Шукри С.Х. Туберкулез мочеполовой системы. – СПб.: СпецЛит, 2004. - 320 с.
5. Ягафарова Р. К., Вахмистрова Т. И. Туберкулез почек, мочеточников и мочевого пузыря // Внепочечный туберкулез / под ред. проф. Васильева А.В. – СПб, 2000. – С. 276-289.
6. Allen F.J., de Kock M.L. Genito-urinary tuberculosis—experience with 52 urology inpatients // S Afr Med J. – 1993. – Vol.83(12). – P. 903-7.
7. Gong Y., Lu G.S., Song B., Xiong E.Q., Jin X.Y. Characteristics on diagnosis and treatment of renal tuberculosis // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. – 2003. - Vol.41(1). – P. 55-7
8. Mnif A., Loussaief H., Ben Hassine L., Chebil M., Ayed M. Aspects of evolving urogenital tuberculosis. Service d’Urologie, Hopital Charles Nicolle, Tunis // Ann Urol (Paris). – 1998. - Vol.32(5). – P. 283-9.