

УДК 616.62-002.5-089.844

С.А. Белов, А.А. Гаврилов, Р.С. Степанов

Приморский краевой противотуберкулезный диспансер (690041 г. Владивосток, ул. Пятнадцатая, 2)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ — СМОРЩЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, микроцистис, аутоцистопластика.

Обобщен опыт трех оперативных вмешательств при туберкулезе мочеполовой системы с формированием микроцистиса. Авторы впервые в Приморском крае применяли способ пластики мочевого пузыря с созданием резервуара из детуберкулированной сигмовидной кишки с использованием сшивающих механических аппаратов. Спустя 3 месяца объем мочевого пузыря достигал 200–300 мл, а промежутки между микциями — 2 часов. Сделано заключение, что наиболее физиологичным и надежным способом восстановления оттока мочи при туберкулезном поражении мочевого пузыря является создание резервуара из сегмента кишки и ортотопическое его расположение с выведением мочи через мочеиспускательный канал.

Проблема хирургического лечения внелегочных форм туберкулеза приобрела в настоящее время особую актуальность. В современной эпидемиологической обстановке серьезное внимание привлекает контингент больных внелегочным туберкулезом, в составе которых в подавляющем большинстве превалирует группа лиц, нуждающихся в медицинской и социальной реабилитации, с запущенными и тяжелыми анатомо-функциональными формами заболевания. Эффективное лечение здесь возможно только посредством радикально-восстановительных операций [3, 10].

Наиболее тяжелым осложнением туберкулеза мочевого пузыря является образование малого мочевого пузыря — микроцистиса. Клиническая картина этого состояния многообразна, но в основном она характеризуется дизурией, микрогематурией, поллакиурией и недержанием мочи. Прогрессирование процесса ведет к учащению мочеиспускания до нескольких десятков раз в сутки, иногда с интервалом всего 5–10 мин, мучительной болью в конце акта мочеиспускания. Сопутствующие процессу пузырно-лоханочный рефлюкс и стриктуры мочеточника приводят к развитию вторичного пиелонефрита, атрофии почечной паренхимы и почечной недостаточности, еще более усугубляя состояние больных [6, 8, 12]. У больных нефротуберкулезом поражение мочевого пузыря встречается в 35–40%, а крайняя степень сморщивания — в 5–13% случаев [2, 7].

В отделении урогенитального туберкулеза Приморского краевого противотуберкулезного диспансера с начала 2006 г. проведено 3 хирургических вмешательства пациентам с посттуберкулезным сморщенным мочевым пузырем. Все они имели кавернозное поражение почек. Анамнез заболевания от 5 до 15 лет (двое больных ранее перенесли нефрэктомия по поводу туберкулеза). Все пациенты имели снижение

объема мочевого пузыря до 20–80 мл. В одном случае зарегистрирован пузырно-лоханочный рефлюкс в единственную почку, в другом — множественные посттуберкулезные стриктуры мочеточника единственной почки, в третьем — стриктура нижней трети одного из мочеточников.

После лапаротомии проводилась мобилизация участка сигмовидной кишки на сосудистой ножке. Участок кишки длиной 25 см резецировался, проходимость кишечника восстанавливалась наложением анастомоза аппаратом GiA-7,5. Далее из резецированного участка кишки формировался U-образный резервуар. После резекции на уровне треугольника Льево или субтотального удаления мочевого пузыря накладывался пузырно-кишечный анастомоз. Дистальный отдел мочеточника пересекался в трансплантат (прямой «уретероцистоанастомоз»). Операция завершалась дренированием мочеточника и трансплантата.

Средняя продолжительность вмешательства составила 4 часа. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 10–12-е сутки снимались швы, на 14-е удалялись дренажи. К 16–18-м суткам восстанавливалось самостоятельное мочеиспускание. К 20-м суткам больные удерживали до 100 мл мочи с промежутками между микциями до 1–1,5 часа. Спустя 3 месяца объем мочевого пузыря достигал 200–300 мл, а промежутки между микциями — 2 часов.

Вопрос о возможных и наиболее эффективных методах дериивации мочи и в настоящее время остается дискуссионным. Поэтому одни авторы предлагают у таких больных увеличение объема мочевого пузыря за счет собственного кишечного трансплантата, другие считают оправданным имплантировать мочеточник почки в сигмовидную кишку с антерефлюксным методом пересадки, третьи считают оптимальным пожизненную нефростому [5, 9, 11].

Имеются разногласия в отношении показаний, сроков применения интестинопластики, выбора трансплантата из того или иного отдела кишечника, метода его подшивания, формы создаваемого резервуара. Однако общепризнано, что такие операции являются лучшим способом лечения больных с рубцовыми посттуберкулезными изменениями в мочевом пузыре и мочеточнике [1, 4, 11].

В нашем отделении до настоящего времени использовалась консервативно-выжидательная тактика — лечение противотуберкулезными препаратами и симптоматическая терапия, а при возникновении пузырно-лоханочного рефлюкса и вторичного пиелонефрита — наложение нефростомы. В представленном