

# ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК.

*Голубев Д.Н., Новиков Б.И., Медвинский И.Д., Бердников Р.Б., Кернесюк М.Н., Черняев И.А.,  
Бородин Э.П.*  
ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России

## PECULIARITIES OF TREATMENT POLICY FOR SURGERY ON CAVERNOUS RENAL TUBERCULOSIS.

*Golubev D.N., Novikov B.I., Medvinsky I.D., Berdnikov R.B., Kernesuk M.N., Chernyaev I.A.,  
Borodin E.P.*  
Ural Research Institute for Phthiziopulmonology, Yekaterinburg

### Резюме

**Целью** настоящей работы явилось изучение особенностей хирургического лечения больных с кавернозным или поликавернозным туберкулезом почек. Изучены результаты хирургического лечения больных туберкулезом мочевых органов (ТМО) у 107 больных кавернозным или поликавернозным туберкулезом почек, оперированных в различные фазы активности туберкулезного процесса. Установлено, чем длительнее, консервативная противотуберкулезная терапия, тем меньше частота выявления прогрессирования туберкулезного процесса.

**Ключевые слова:** кавернозный туберкулез почек, поликавернозный туберкулез почек, фазы активности туберкулеза почек, оперативное лечение туберкулеза почек.

### Summary

**The goal** of the study was to investigate peculiarities of treatment policy for surgery in patients with cavernous or poly- cavernous renal tuberculosis (TB). Results of surgery in 107 patients with urogenital tuberculosis (cavernous or poly- cavernous renal tuberculosis), operated at different stages of TB activity had been analyzed. Detected that the more longer conservative anti-tuberculosis therapy the less frequency of TB progressing.

**Keywords:** cavernous renal tuberculosis, poly- cavernous renal tuberculosis, renal tuberculosis activity phase, surgical treatment for renal tuberculosis

### Введение

В последние годы в условиях стабилизации эпидемиологической ситуации по туберкулезу в целом проблема внелегочного туберкулеза сохраняет свое значение и по мнению многих авторов, становится все более существенной. Снижение или стабилизация заболеваемости повнелегочному туберкулезу нередко свидетельствует только о его недостаточном выявлении, что связано с трудностями диагностики и особенностями патогенеза заболевания.

В настоящее время в 30-50% случаев выявляются деструктивные, распространенные и осложненные формы туберкулеза органов мочеполовой системы, подлежащие в основном хирургическому лечению.

Различные по объему оперативные пособия занимают в настоящее время одно из ведущих мест в комплексном лечении больных распространенными формами туберкулеза органов мочеполовой системы. Но, несмотря на совершенствование методов хирургического лечения туберкулеза органов мочеполовой системы, оно все еще нередко сопровождается развитием ряда серьезных осложнений.

В соответствии с клинической классификацией туберкулеза, применяемой в России, различаются фазы прогрессирования (инфильтрация, распад, обсеменение) и заживления (рассасывание, уплотнение, рубцевание, обызвествление). Степень активности туберкулезного воспаления, в частности, определяет условия течения репаративных процессов в стенке

мочеточника после реконструктивно-пластических операций. Во физиологической практике серьезной опасностью является прогрессирование, а иногда и генерализация специфического воспаления на фоне общей реакции организма на операционную травму. Поэтому в случае высокой активности туберкулеза степень хирургической агрессии должна быть минимальной [1-4].

В хирургическом отделении для лечения больных урогенитальным туберкулезом ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России вопрос о причинах, профилактике и лечении послеоперационных осложнений изучается в течение многих лет [5-7]. Было установлено, что влияние на частоту послеоперационных осложнений оказывают не столько дефекты техники операции, сколько ее применение в фазе высокой активности туберкулезного процесса.

#### **Цель.**

Оптимизировать тактику хирургического лечения кавернозного туберкулеза почек путем выбора времени выполнения, объема и вида оперативных вмешательств с учетом степени активности специфического воспаления.

#### **Материалы и методы.**

С этой целью мы изучили результаты хирургического лечения ТМО у 107 больных кавернозным и поликавернозным туберкулезом почек, оперированных в различные фазы активности туберкулезного процесса. Удаленные участки (резектаты) почек либо полностью удаленные почки были подвергнуты патоморфологическому исследованию. Далее, мы в каждом конкретном случае проводили сопоставление результатов патоморфологического исследования с течением заболевания, его динамикой на фоне проводимой противотуберкулезной химиотерапии.

Изучение результатов патоморфологических исследований представленных препаратов, позволило разделить их на 3 основные группы, каждая из которых отличается своеобразными особенностями специфического воспаления в стенке каверны и в окружающей почечной ткани.

I группа (74 препарата). Стадия прогрессирования нефротуберкулеза. Фиброзная каверна характеризуется следующими чертами. Стенка почечной каверны имеет типичную трехслойную структуру. Внутренний слой представлен зоной казеозного некроза, средний состоит из специфических и неспецифических грануляций, Наружный представлен фиброзной тканью.

II группа (20 препаратов) Фаза умеренной активности нефротуберкулеза. На фоне специфической терапии в стенке каверны развиваются следующие изменения. Внутренний, казеозный, слой становится тоньше, компактнее, постепенно начинает отторгаться. Фрагменты казеоза в стенке каверны могут инкрустироваться известью, приобретая сходство с камнями почек. В этой группе туберкулез характеризовался преимущественно продуктивной тканевой реакцией. В удаленных почках или сегментах обнаружены фиброзные каверны от 1,0 см до 2 см в диаметре. В зависимости от давности заболевания они имели различный вид. В одних случаях это были каверны округлой формы с отчетливым трехслойным строением стенки, изнутри узкая полоса серо-желтого казеоза, красноватого цвета средний грануляционный слой. В других - каверны неправильной формы с широкой фиброзной капсулой и хорошо выраженным слоем специфической грануляционной массы. На внутренней поверхности казеозные массы практически отсутствуют, местами – с бугристыми наложениями. В окружающей ткани – склероз и деформация паренхимы.

III группа (13 препаратов) – Фаза заживления. Которая характеризуется выраженными процессами заживления туберкулезных каверн. Макроскопически эти каверны лишены казеозного слоя; последний сохраняется местами в виде узкой полоски, видимой только под микроскопом. Слой грануляционный узкий и часто исчезает совсем. Эти каверны являются переходной фазой к санированным кавернам.

Таким образом, патоморфологическое изучение препаратов полученных в результате оперативного лечения кавернозного и поликавернозного туберкулеза почек позволяет нам утверждать, что данная нозология как форма неоднородна.

В зависимости от фазы активности туберкулезных каверн почек нами выделены 3 группы больных подвергнутых оперативному лечению. Больные I группы были оперированы в фазе прогрессирования туберкулезного процесса, больные II группы – в фазе стихания активности процесса, больные III группы – в фазе заживления кавернозного процесса.

Разделив больных на перечисленные группы, мы изучили объем произведенных вмешательств, частоту, характер послеоперационных осложнений и эффективность лечения в каждой из них. При

этом было установлено, что чем активнее процесс в почке, тем чаще производились функционально невыгодные обширные резекции. Так, из 74 больных, в фазе прогрессирования процесса, у 63 (85,1%) была удалена вся почка, либо выполнена резекция. Из 20 больных, оперированных в фазе ремиссии и заживления кавернозного процесса, нефрэктомия не производилась, а преобладали функционально оправданные резекции, либо кавернэктомии. Среди больных сроком предоперационной туберкулостатической терапии 2-3 месяца (завершение фазы интенсивной терапии) активная фаза туберкулезного воспаления была выявлено в 70,3% случаев, по завершении основного курса (4-6 месяцев) – в 29,7% случаев. У 13 пациентов, наблюдавшихся в III-й группе диспансерного учета до 3-х лет, при оперативном вмешательстве в 76,9% случаев имело место заживление туберкулезного процесса, в 15,4% - стабилизация, а в 7,7% – прогрессирование.

#### **Выводы.**

1. Органосохраняющие и органудаляющие операции на почках по поводу туберкулеза занимают в настоящее время значительный удельный вес (30-40%) в комплексном лечении больных кавернозным (поликавернозным) туберкулезом почек. Их эффективность весьма высока при сообщающихся с чашечно-лоханочной системой кавернах и составляет по данным литературы до 50%. Однако и эти операции, в среднем у 6,2 – 18,3% больных сопровождаются развитием осложнений - стриктуры (уретериты) мочеточника, обострений туберкулеза и др., ухудшающих результаты лечения. Поэтому изучение причин послеоперационных осложнений и методов их предупреждения имеет большое практическое значение.

2. Морфологические исследования препаратов почек, удаленных у больных кавернозным (поликавернозным) туберкулезом, позволили установить, что эти формы неоднородны. В зависимости от фазы активности туберкулезного процесса в стенке каверны (каверн) и в окружающей почечной ткани нами выделены 3 группы больных: I группа - кавернозный (поликавернозный) туберкулез почки в фазе прогрессирования, II группа - кавернозный (поликавернозный) туберкулез почки в фазе умеренной активности, III группа – кавернозный (поликавернозный) туберкулез в фазе заживления.

3. Сопоставив результаты патоморфологических исследований с исходами оперативных вмешательств, нам удалось установить прямую зависимость последних от фазы туберкулезного процесса к моменту вмешательства. Так, из 74 больных, оперированных в фазе прогрессирования процесса, выздоровление наступило у 63(85,1%), выписаны с осложнениями – 5(6,6%). Из 20 больных, оперированных в фазе ремиссии (стабилизации), результаты равнялись соответственно 18(90%), 1 (5%). У 13 больных, оперированных в фазе заживления кавернозного процесса, осложнений не было. Все они выписаны в удовлетворительном состоянии, с выздоровлением.

4. Судить о степени активности кавернозного туберкулеза почек до открытого оперативного лечения возможно по длительности предоперационной противотуберкулезной химиотерапии.

5. Широкие санационные и пластические хирургические вмешательства целесообразно проводить в сроки 4-6 месяцев после начала противотуберкулезной химиотерапии.

Автор, ответственный за переписку:

**Кернесюк Мирослав Николаевич** – ftiziopulmo@mail.ru, (343) 333 44 39

Сведения об авторах:

**Голубев Дмитрий Николаевич** – д.м.н., профессор, директор ФГУ «УНИИФ»

Минздравсоцразвития России;

**Новиков Борис Иванович** – к.м.н., с.н.с. ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России;

**Бердников Роман Борисович** – к.м.н., с.н.с. ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России;

**Кернесюк Мирослав Николаевич** – к.м.н., с.н.с. ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России;

**Черняев Игорь Анатольевич** – н.с., зав. организационно-методическим отделом ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России;

## Литература

1. Внелегочный туберкулез / Под ред. А.В. Васильева.- СПб., 2000.
2. Камышан И.С. Руководство по туберкулезу урогенитальных органов. - Киев, 2003. - 496 с.
3. Мочалова Т.П. Туберкулез мочеполовой системы. – М.: Медицина, 1993. 253 с.
4. Ткачук В.Н., Ягафарова Р.К., Аль-Шукри С.Х. Туберкулез мочеполовой системы. – С.Петербург, 2004. 320 с.
5. Голубев Д.Н., Новиков Б.И., Скачков В.В. Результаты лечения ограниченно-деструктивных форм туберкулеза мочевых органов за последние 29 лет. Сб. научных трудов под общей редакцией чл.-кор. РАМН проф. П.В. Глыбочко, проф. Т.И. Морозовой. Саратов, 2005: 255-263.
6. Журавлев В.Н., Баженов И.В., Новиков Б.И. и др. Значение морфологической диагностики туберкулеза мочевых органов в выборе тактики лечения больных. Материалы Российской научной конференции с международным участием «Фундаментальные исследования в уронефрологии». Саратов, 2009; 236-237.
7. Голубев Д.Н., Новиков Б.И., Бородин Э.П. Ближайшие и отдаленные результаты химиотерапии ограниченно-деструктивных форм туберкулеза почек. Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. Нижний Новгород, 2009; 64-65.

**Бородин Эдуард Павлович** – н.с., зав. урологическим отделением ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России.