

Выводы

1. Одномоментные операции при опухолях толстой кишки с острой кишечной непроходимостью после транспухолевого стентирования приводят к лучшим результатам, чем многоэтапные вмешательства.

2. Небольшому количеству пациентов с опухолями толстой кишки, чье состояние позволяет перенести хирургическое вмешательство, возможно выполнение первичной резекции толстой кишки с наложением анастомоза и интраоперационным лаважом. В эту категорию входят лица, поступившие в стационар не позднее 24 часов после появления симптомов компенсированной и субкомпенсированной острой кишечной непроходимости (однако для данной категории больных нужно разработать более уточненные показатели к выполнению подобных вмешательств).

3. При установлении диагноза обтурационной кишечной непроходимости целесообразно использовать предложенный алгоритм действий хирурга.

Литература

1. Алиев Э.С. Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста // *Хирургия имени Н.И. Пирогова*. 2001. № 8. С. 44–50.
2. Брюсов П.Г., Малахов Ю.П. Эволюция подходов к хирургическому лечению больных раком ободочной кишки, осложненным острой обтурационной кишечной непроходимостью // *Рос. онкол. журнал*. 2004. Т. 5. С. 4–7.
3. Буянов В.М. Современное состояние вопросов диагностики, тактики и методов хирургического лечения толстокишечной непроходимости // *Анналы хирургии*. 1999. № 2. С. 22–30.
4. Васильев И.Т., Мумладзе Р.Б., Якушин В.И. и др. Лаваж кишечника у больных с кишечной непроходимостью // *IX Всерос. съезд хирургов: мат. сезда*. Волгоград, 2001. С. 149–150.
5. Воробьев Г.И. Диагностика и хирургическое лечение рака толстой кишки // *Русский медицинский журнал*. 1998. Т. 6, № 19. С. 1244–1256.
6. Григорьев Е.Г. *Хирургия колостомированного больного*. Новосибирск: Наука, 2001. 119 с.
7. Гурина Л.И. Организационные аспекты системы скрининговых мероприятий онкологической патологии у мужчин // *Тихоокеан. мед. журнал*. 2005. № 2. С. 74–77.
8. Ермолов А.С., Э. П. Рудин Д. Д. Оюн. Выбор метода хирургического лечения обтурационной кишечной непроходимости при опухолях ободочной кишки // *Хирургия*. 2004. № 2. С. 4–7.
9. Завгороднев С.В. Экстренные операции по поводу колоректального рака в общехирургическом отделении // *Акт. пробл. колопроктол.: мат. V Всерос. конф.* Ростов-на-Дону, 2001. С. 129–130.
10. Яцкиий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. *Опухоли толстой кишки*. М.: Медгиз, 2004. С. 155–172.
11. Basse L., Jacobsen D.H., Billesbole P. et al. Colostomy closure after Hartman's. procedure with fast-tract rehabilitation // *Dis Colon Rectum*. 2002. Vol. 45, No. 12. P. 1661–1664.
12. H.K. Chun, I.W. Choo, Y.S. Do et al. Malignant colorectal obstruction: treatment with a flexible covered stent // *Radiology*. 1998. Vol. 206, No. 2. P. 415–421.
13. Hsu T.S. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon // *Am. J. Surg*. 2005. Vol. 189. P. 384–387.

Поступила в редакцию 09.10.2010.

PRIMARY RADICAL SURGERIES IN CASE OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

V.N. Ischenko¹, A. Yu. Kiselev¹, I.I. Matyushkin², Kh.K. Chun³

¹ Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av.

Vladivostok 690950 Russia), Municipal Clinical Hospital No. 4

(5 Voropaeva St. Vladivostok 690034 Russia), Samsung Medical

Centre (50 Irwon-dong, Kangnam-gu, South Korea, Seoul)

Summary – The paper discusses analysis of treatment of 199 patients with acute tumour-induced colonic obstruction undergone surgeries by two different methods: with preliminary transtumor stenting and without it. As reported, it is expedient to perform single-step radical surgeries with primary anastomosis in 7 to 14 days after stopping obstruction by means of transtumor stenting, given that some conditions are observed. The authors suggest an original algorithm of surgical tactics.

Key words: acute intestinal obstruction, surgery.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 1, p. 69–73.

УДК 616.65-002-06:616-002.5-07

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

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

Ключевые слова: туберкулез, предстательная железа, хронический простатит, диагностика.

Описаны два случая туберкулезного поражения предстательной железы у пациентов 27 и 55 лет. Правильный диагноз был поставлен после 3 и 15 лет безуспешного лечения ошибочно диагностированных неинфекционных заболеваний простаты. Авторы подчеркивают необходимость исключения туберкулеза у пациентов с хроническими урологическими заболеваниями и выполнения приказов об организации выявления больных туберкулезом, разработанных Министерством здравоохранения РФ и фтизиатрической службой Приморского края.

Специфическое поражение предстательной железы, по данным аутопсий, наблюдается более чем у 70%

Степанов Руслан Сергеевич – врач-фтизиоуролог урогенитального отделения ПКПД; e-mail: ruslanstepanoff@mail.ru

больных с тяжелыми формами туберкулеза легких и более чем у 50% – при кавернозном туберкулезе почек. Статистические показатели прижизненной диагностики данного заболевания значительно ниже, что указывает на отсутствие данных об истинной распространенности патологии, обусловленное, возможно, несовершенством диагностических и клинических методов ее выявления. Туберкулез предстательной железы чаще выявляется в период наибольшей репродуктивной активности – в возрасте от 25 до 45 лет.

Длительное время заболевание протекает субклинически либо проявляется симптоматикой простатита, гемоспермией, дизурией, болезненной эякуляцией,

болями в заднем проходе при дефекации, бесплодием. Симптоматика туберкулеза предстательной железы зависит от локализации и объема специфических изменений. Здесь выделяют ректальные формы (боли в промежности при дефекации, в области крестца), цистоуретральные формы (дизурия, болезненная эякуляция, гемоспермия, бесплодие) [1, 2, 4].

К ошибкам в диагностике и лечении приводит не только течение туберкулеза предстательной железы под маской хронического урологического заболевания, но и отступление от алгоритма обследования больных. Подобные отступления связаны с незнанием особенностей течения туберкулеза половой системы врачами общей лечебной сети, а также с несоблюдением нормативных предписаний. В повседневной работе практикующие врачи должны руководствоваться методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 5589-РХ, утвержденными 20.07.2007 г., а также опубликованными департаментом здравоохранения Приморского края «Стандартами (моделями протоколов) выявления туберкулеза внелегочных локализаций» № 220 от 08.04.2009 г. В указанных документах обозначены группы риска, в которых заболеваемость туберкулезом превышает в 5–10 раз этот показатель среди остального населения. Пациенты из таких групп должны обследоваться у специалистов по внелегочному туберкулезу не реже 1 раза в год. В эти группы включены больные с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, больные, страдающие сахарным диабетом, атипичными формами пояснично-крестцового радикулита, а также пациенты, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию, кроме того – лица с неблагоприятным социальным анамнезом и др. [3, 5].

Приводим два клинических наблюдения деструктивного поражения простаты, зарегистрированных в нашем отделении за последние полгода у больных, прошедших долгий путь поликлинической и стационарной «помощи» в общей лечебной сети.

Больной Ф., 27 лет, поступил с жалобами на эпизоды гемоспермии, повторявшиеся в течение трех лет. Наблюдался у уролога с диагнозом «хронический простатит». Проводившееся по этому поводу комплексное лечение без эффекта. Спустя два года проведено бактериологическое обследование эякулята на *Mycobacterium tuberculosis*. Обнаружен рост возбудителя на твердых питательных средах. При дальнейшем обследовании в урогенитальном отделении ПКПД выявлен очаг деструкции в ткани предстательной железы до 2 см в диаметре.

Клинический диагноз: «туберкулез половой системы. Кавернозный туберкулез предстательной железы. IA МБТ (+)».

Назначен курс специфической химиотерапии. Динамика лечения положительная.

Больной Е., 55 лет, более 15 лет регулярно лечился по поводу хронического простатита. В анамнезе отмечал эпизоды гемоспермии. Последние 5 лет наблюдался с аденомой простаты. При ультразвуковом исследовании предстательной железы выявлено очаговое поражение паренхимы, по поводу

которого пациенту выполнена пункционная биопсия. Гистологически в препарате – хронический гранулематозный воспалительный процесс с наличием в инфильтрате большого количества многоядерных клеток Пирогова–Лангханса и фокусов казеоза. При дальнейшем обследовании в урогенитальном отделении ПКПД кроме изменений в простате выявлен туберкулезный левосторонний эпидидимит (подтвержденный гистологическим исследованием операционного материала), туберкулезный папиллит левой почки (подтвержденный положительным посевом мочи на *M. tuberculosis*), буллезно-некротическое поражение мочевого пузыря со снижением его объема до 100 мл.

Клинический диагноз: «туберкулез мочеполовой системы. Туберкулезный папиллит левой почки. Туберкулезный цистит со снижением резервуарной функции до 100 мл. Инфильтративный туберкулез предстательной железы. Туберкулезный эпидидимит слева. IA МБТ (+)».

Назначен курс специфической химиотерапии, проведена санационная эпидидимэктомия слева. Динамика лечения положительная.

Проводя ретроспективный анализ подобных клинических случаев, следует еще раз подчеркнуть, что врачи общей лечебной сети должны использовать не только свой клинический опыт в обследовании и лечении больных с хроническими урологическими заболеваниями, но и теоретические знания об особенностях течения туберкулеза половой системы, а также приказы, разработанные Министерством здравоохранения РФ и фтизиатрической службой Приморского края.

Литература

1. Бейрех И.С. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. Л.: Медицина, 1984. 270 с.
2. Бязров С.Т. Состояние предстательной железы у больных урогенитальным туберкулезом // Урология. 1986. № 20. С. 199.
3. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез. СПб.: Фолиант, 2000. 568 с.
4. Департамент здравоохранения Приморского края. Приказ № 220. «Стандарты (модели протоколов) выявления туберкулеза внелегочных локализаций» от 08.04.2010 г.
5. Мочалова Т.П. Туберкулез мочеполовой системы. М.: Медицина, 1993. 245 с.
6. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Методические рекомендации № 5589-РХ. «Организация выявления больных туберкулезом в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях» от 20.07.2007 г.

Поступила в редакцию 26.11.2010.

ON EARLY DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS OF THE PROSTATE

P.S. Stepanov, S.A. Belov, A.A. Gavrilov
Primorsky Regional TB Dispensary (2 Fifteenth St. Vladivostok 690041 Russia)

Summary – The paper describes two cases of the tuberculosis-induced lesions in the prostate in patients aged 27 and 55 years. The disease was diagnosed after three and 15 years of unsuccessful treatment of mistakenly diagnosed non-infectious diseases of the prostate. The authors highlight the necessity to exclude tuberculosis in patients with chronic urological diseases and implementation of orders concerning detection of patients suffering from tuberculosis developed by the Ministry of Health of the Russian Federation and phthisiatric service of the Primorsky Krai.

Key words: tuberculosis, prostate, chronic prostatitis, diagnosing.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 1, p. 73–74.