

химиотерапию в связи с добровольным уклонением пациентов от реабилитационных методик. В первой группе проводили мероприятия социальной реабилитации, применяли методики психотерапии и физиотерапии. Срок наблюдения – 2 года, включая стационарный и амбулаторный этапы. Фиксировали следующие результаты наблюдения: прекращение бактериовыделения, рубцевание полости, снижение уровня тревоги по опроснику Тейлора, снижение качества жизни по опроснику SGRQ, улучшение показателей функции внешнего дыхания (ФВД) и 6-минутного шагового теста, частота нарушений режима, частота отказов от лечения, частота побочных эффектов противотуберкулезных препаратов. Использовали следующий статистический инструментарий: вероятность события P , 85%-ный доверительный интервал для вероятности события $I\beta$, критерий z для сравнения качественных переменных (аналог t -критерия Стьюдента), уровень значимости p (статистически значимым считался $p < 0,05$).

Результаты. Улучшение общего самочувствия достигнуто у 60% больных первой группы и 41,7% – второй ($p < 0,05$); прекращение бактериовыделения – у 80 и 41,7% ($p < 0,05$); рубцевание полости – у 20 и 16,7% ($p > 0,05$); частота побочных эффектов химиотерапии отмечена в 28 и 41,6% случаев ($p > 0,05$); частота нарушений режима лечения – в 40 и 83,3% ($p < 0,05$); частота отказов от лечения – в 4 и 20,8% ($p < 0,05$). Благодаря использованию методик медицинской ре-

билитации удалось добиться: повышения ЖЕЛ – 76% в первой группе и 50% во второй ($p < 0,05$); повышения ОФВ₁ – 80 и 50% ($p < 0,05$); повышение результатов 6-минутного шагового теста – 80 и 50% ($p < 0,05$); повышения качества жизни – 84 и 45,8% ($p < 0,05$); уменьшения уровня тревоги – 72 и 45,8% ($p < 0,05$). С помощью социальной адаптации удалось: восстановить паспорт – 60% в первой группе и 37,5% во второй ($p < 0,05$); получить инвалидность – 60 и 37,5% ($p < 0,05$); найти работу – 24% и 0; восстановить семью – 60 и 16,7% ($p < 0,05$). Таким образом, результаты в первой группе статистически значимо превосходили результаты во второй.

Заключение. Правильно подобранная противотуберкулезная терапия, включая терапию сопровождения, не является надежным гарантом достижения необходимого результата лечения у пациента с хронически активным течением туберкулеза. Не менее важно создать правильную мотивацию лечения, показать пациенту ощутимые результаты улучшения за счет средств медицинской реабилитации. Закрепить достигнутые положительные результаты помогают возможности социальной адаптации у правильно мотивированного пациента: возможность получить жилье, работу, пенсию, создать семью. Соответственно, гарантией повышения успеха у пациентов с хронически активным течением процесса является трехкомпонентная схема: химиотерапия + медицинская реабилитация + социальная адаптация.

КОМПЛЕКСНАЯ УРОДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ЧИБИРОВ К. Х., МУРАВЬЕВ А. Н., СЕМЕНОВ С. А., ГОРБУНОВ А. И., СЕМЧЕНКО А. Ф.

COMPLEX OF URINARY-DYNAMIC EVALUATION OF OUTCOMES OF SURGERY TREATMENT OF URINARY BLADDER TUBERCULOSIS

CHIBIROV K. KH., MURAVIEV A. N., SEMENOV S. A., GORBUNOV A. I., SEMCHENKO A. F.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, RF

Цель: сравнительная оценка функции накопления и опорожнения кишечного мочевого резервуара у больных туберкулезом мочевого пузыря, перенесших резекцию данного органа с аугментационной илеоцистопластикой (АИ) и цистэктомией с последующей ортотопической илеоцистопластикой (ОИ).

Материалы и методы. В исследование было включено 23 пациента. В зависимости от методики

хирургического лечения пациенты разделены на две группы. Первая группа включала 15 пациентов (9 мужчин и 5 женщин, средний возраст $53,9 \pm 4,5$ года), перенесших резекцию мочевого пузыря с сохранением мочевого треугольника и последующую АИ. Вторая группа состояла из 8 пациентов (4 мужчины и 4 женщины, средний возраст $60,0 \pm 3,6$ года), которым выполняли цистэктомию и ОИ по методике Штудера. При отборе пациентов в данные группы

критериями исключения являлись отсутствие органической и функциональной инфравезикальной обструкции. На дооперационном этапе оценивали емкость мочевого пузыря и показатели дневника мочеиспусканий. Спустя 1-6 лет после операции всем пациентам осуществляли обследование в объеме: оценка медицинской документации, урофлоуметрия, измерение объема остаточной мочи (ООМ), оценка дневника мочеиспускания и комплексное уродинамическое исследование. Уродинамическое исследование проводили на аппарате PICO Memfis с использованием уретрального датчика 7Ch, включавшее цистометрию, исследование давление/поток с тазовой электромиографией. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных статистических программ Minitab 16.0.

Результаты. После операции самостоятельное мочеиспускание присутствовало у 10 (66,6%) пациентов первой группы и у всех пациентов второй. Показания к выполнению интермиттирующей самокатетеризации (ИСК) имелись у 13 (86,6%) пациентов первой группы и только у одной (12,5%) пациентки второй группы. В последнем случае по данным уродинамического исследования зарегистрировано необструктивное мочеиспускание, однако из-за развившегося опущения передней стенки влагалища и, как следствие, нарастания ООМ пациентка была вынуждена прибегнуть к ИСК. Накопительную функцию мочевого резервуара оценивали на основании данных дневника мочеиспускания и цистометрии наполнения. При анализе показателей дневника мочеиспусканий не получены статистически значимые различия ($p \geq 0,05$). Цистометрию наполнения выполняли всем пациентам. По результатам данного исследования можно сделать вывод, что показатели в обеих группах достоверно не различались и находились в допустимых

пределах ($p \geq 0,05$). Не зарегистрированы различия в частоте и интенсивности непроизвольных сокращений мочевого резервуара. Эвакуаторную функцию оценивали на основании данных дневника мочеиспусканий, урофлоуметрии, ООМ и исследования «давление/поток». В отличие от данных дневника мочеиспусканий, анализ результатов урофлоуметрии и ООМ показал очевидные, статистически значимые различия в двух группах. В группе больных после ОИ отмечались лучшие результаты объемной скорости мочеиспускания, был значимо больше объем выделенной мочи. ООМ в первой группе был достоверно выше и позволял констатировать наличие хронической задержки мочеиспускания. Полученные данные представлены в таблице.

Всем пациентам, у которых имелось самостоятельное мочеиспускание, выполняли исследование «давление/поток» с тазовой электромиографией. Повышение активности мышц тазового дна не зафиксировали ни у одного из пациентов. Детрузорное давление открытия, детрузорное и абдоминальное давление при максимальной скорости микции были сопоставимы в обеих группах ($p \geq 0,05$). Средний показатель «времени открытия» в первой группе равен $51,8 \pm 25,6$ против $3,8 \pm 2,2$ с во второй. По данному признаку имелась тенденция к статистически достоверному различию ($p \leq 0,09$). Рост значений «времени открытия» является косвенным признаком склероза шейки мочевого пузыря. Наличие склероза в сохранных тканях мочепузырного треугольника может объяснять худшие результаты функции опорожнения в первой группе.

Заключение. АИ и ОИ позволяют формировать мочевой резервуар с удовлетворительной накопительной функцией. Однако эвакуаторная функция мочевого резервуара после АИ была значимо хуже, чем после ОИ.

Таблица

Показатели урофлоуметрии, объема остаточной мочи после операции

Номер группы	Максимальная скорость микции, мл/с	Объем микции, мл	Время микции, с	ООМ, мл
Группа 1	$6,0 \pm 1,3, p \leq 0,002$	$133,5 \pm 26,3, p \leq 0,02$	$72,0 \pm 19,7, p \geq 0,24$	$288,7 \pm 37,5, p \leq 0,001$
Группа 2	$15,9 \pm 2,2, p \leq 0,002$	$233,3 \pm 31,4, p \leq 0,02$	$45,1 \pm 9,8, p \geq 0,24$	$27,0 \pm 9,0, p \leq 0,001$