

2005-55
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Диссертационный совет Д.14.08.372

На правах рукописи
УДК 616-002.5+616.65-089.87:616-007.61

КАДЫРОВ АБДУЛЛААТ САМАТОВИЧ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

14.00.27 - хирургия
14.00.26 - фтизиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

БИШКЕК – 2009

Работа выполнена в Национальном центре фтизиатрии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор Алишеров Автандил Шермамаатович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор Кудайбергенова Индира Орозобаевна

доктор медицинских наук, профессор Исмаилов Шахмурат Шаимович

доктор медицинских наук Мамбетов Жаныбек Султанбаевич

Ведущая организация: Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Защита диссертации состоится «13» апреля 2009 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д.14.08.372 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, по адресу: 720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, по адресу: 720044, г. Бишкек, ул. 3-линия 25.

Автореферат разослан «14» апреля 2009 г.

Ученый секретарь,
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор


Сопуев А.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - это наиболее часто встречающееся урологическое заболевание у пожилых мужчин, обычно приводящее к беспокоящим симптомам нижних мочевыводящих путей. На основании гистологических и клинических критериев было установлено, что распространенность ДГПЖ среди мужчин в возрасте 60-70 лет составляет 40-70 %. В течение жизни ДГПЖ развивается примерно у 80 % мужчин, и почти 30 % подвергаются хирургическому вмешательству (А.Д. Абдырасулов, 2003; А.Ч. Усупбаев и соавт., 2003; И.А. Бырко и соавт., 2006; Б.У. Шалекенов и соавт., 2007; Berry S.J. et al., 1984; Garrwy W.M. et al., 1991; Djovan B. et al., 2003; Sacco E. et al., 2006). В связи с общим ростом заболеваемости туберкулезом, ДГПЖ в сочетании с туберкулезным поражением различных органов является одной из главных проблем не только фтизиатрии, но и урологии. Отнюдь не случайно даже в индустриально развитых странах с низкими показателями заболеваемости туберкулезом это заболевание стоит на третьем месте по частоте среди всех форм легочной патологии у стариков вслед за неспецифическими воспалительными заболеваниями и опухолями легких (Smith I.M., 1987; Styblo K., 1989; 1998; Khanna P.C. et al., 2006). Частота, прогрессирующий характер и тяжелые последствия подобной сочетанной патологии диктуют необходимость комплексного лечения. В связи с этим, разработка индивидуальной тактики хирургического лечения, методов вспомогательной терапии осложнений ДГПЖ и тяжелых сопутствующих заболеваний туберкулезной этиологии сохраняет свою актуальность на современном этапе.

Сочетание ДГПЖ с активным туберкулезом со специфической интоксикацией часто сопровождается нарушением функций почек и печени. От степени нарушения функционального состояния почек и печени зависит тактика хирургического лечения больных туберкулезом в сочетании с ДГПЖ. Поэтому, оценка функционального состояния почек и печени остается наиболее важной проблемой в решении вопросов, связанных с оперативным лечением больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом различных локализаций, особенностями лечения в пред- и послеоперационном периодах, прогнозировании результатов оперативного лечения (А.А. Давлятан, 1993; В.В. Бялин, В.П. Пинчку, 1997; В.А. Максимов и соавт., 2006; А.Д. Абдурасулов и соавт., 2007; Б.Е. Бородулин и соавт., 2007; А.А. Нерсесян и соавт., 2007; Westney O.L. et al., 2006).

Большое значение в развитии и течении старческого туберкулеза имеет снижение иммунных возможностей организма, характерное для данной возрастной группы. Это особенно важно в связи с тем, что наличие ДГПЖ у больных туберкулезом различных органов, усугубляя общее состояние, при-

водит к снижению иммунологической реактивности организма к специфической и неспецифической инфекции (Д.А. Адамбеков, В.Л. Морозов, 1989; Л.В. Сахно и соавт., 2005; О.В. Темчура и соавт., 2007; И.М. Хаертынова и соавт., 2007; Harada S., 1989; Ahmodzaden M., Farber D.L., 2002; Raja A., 2004).

Вопросы химиотерапии старческого туберкулеза у больных ДГПЖ остаются наименее освещенными в современной литературе. В отношении больных данного возраста давно сложилось убеждение о невозможности проведения интенсивной терапии. Это связывалось с плохой переносимостью химиопрепаратов и высокой частотой побочных реакций, что обусловлено характерными для преклонного возраста инволютивными изменениями и наличием сопутствующих заболеваний. Основные принципы лечения туберкулеза у больных пожилого и старческого возраста, сложившиеся за последние десятилетия, предусматривали использование минимальных терапевтических доз, недопустимости применения одновременно 4-5 химиопрепаратов, преимущественное назначение интермитирующих режимов. Подобная тактика химиотерапии стала традиционной и существенно отличается от современной концепции химиотерапии туберкулеза, сформулированной ВОЗ. Стандартные режимы химиотерапии хорошо зарекомендовали себя при лечении туберкулеза у лиц молодого возраста, но до настоящего времени остается невыясненной возможность их использования у лиц пожилого и старческого возраста (М.А. Карачунский, Т.Э. Уварова, 2003; Т.Р. Возякова и соавт., 2006; Х.А. Аминев и соавт., 2007; Л.Е. Паролино и соавт., 2007).

Таким образом, вышеизложенное явилось основанием для более углубленного изучения клинико-функционального состояния почек, печени, иммунного состояния организма и особенностей лечения сопутствующих заболеваний специфической этиологии с учетом современной концепции химиотерапии туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста в сочетании с ДГПЖ с целью внесения ясности при оценке показаний и противопоказаний к операции, прогнозирования результатов хирургического лечения. Особенно, в виду отсутствия четкости в разработке тактики хирургического лечения, ДГПЖ у больных туберкулезом явилась основанием для выполнения, данного исследования.

Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами. Выполненная работа является фрагментом научно-исследовательских работ Национального центра фтизиатрии Минздрава Кыргызской Республики, номер Гос. регистрации 0000720.

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом различных органов на основе выявления и изучения кли-

нико-функциональных их взаимосвязей как сочетанной, взаимоотягощающей патологии в организме.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру и характер заболеваний специфической этиологии различных органов в сочетании с ДГПЖ как взаимоотягощающие патологии в организме.
2. Изучить функциональное состояние почек и печени у больных туберкулезом различных локализаций в сочетании с ДГПЖ.
3. Определить состояние иммунологической реактивности организма у больных туберкулезом различных органов в сочетании с ДГПЖ.
4. Изучить клиническую эффективность краткосрочных курсов интенсивной химиотерапии у больных туберкулезом легких в сочетании с ДГПЖ.
5. Определить оптимальные сроки проведения хирургического вмешательства по поводу ДГПЖ у больных в сочетании с туберкулезом различных локализаций.
6. Обобщить опыт лечения у лиц пожилого возраста с ДГПЖ при ее сочетании с туберкулезом различных органов с учетом данных функционального состояния различных органов и систем с целью внесения ясности при оценке показаний и противопоказаний к операции, прогнозирования результатов оперативного лечения.

Научная новизна.

1. Определена структура, изучен характер заболеваний специфической этиологии различных органов в сочетании с ДГПЖ с характеристикой клинико-функционального состояния почек и печени при сочетанной и взаимоотягощающей патологии в организме.
2. Впервые изучено состояние иммунологической реактивности организма при сочетанной, взаимоотягощающей патологии путем исследования клеточного и гуморального иммунитета с учетом функционального состояния почек (в зависимости от стадии ХПН).
3. Проведен анализ эффективности краткосрочных курсов интенсивной химиотерапии при лечении больных с впервые выявленным туберкулезом легких в сочетании с ДГПЖ и впервые научно установлено, что эффективность краткосрочной контролируемой химиотерапии в сравнении с традиционными методами химиотерапии по срокам и частоте абациллирования и заживления деструктивных изменений выше.
4. Впервые разработаны оптимальные сроки хирургического вмешательства больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом различных органов в зависимости от клинико-функционального состояния почек и печени и других органов с учетом распространенности, локализации туберкулезного процесса, выраженности специфической интоксикации на фоне краткосрочной контролируемой химиотерапии.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Выявленная взаимосвязь ДГПЖ и заболевания специфической этиологии различных органов как сочетанной и взаимоотягощающей патологии организма позволили обосновать необходимость комплексного обследования, лечения и профилактики послеоперационных осложнений.

2. Краткосрочная контролируемая химиотерапия при сочетанных заболеваниях специфической этиологии различных органов позволяет проводить радикальные хирургические вмешательства у больных ДГПЖ и является методом выбора для повышения эффективности лечения данной категории больных.

3. Разработанные оптимальные сроки хирургического вмешательства больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом в зависимости от клинико-функционального состояния почек, печени и других органов с учетом распространенности, локализации и фазы специфического процесса и его осложнений на фоне интенсивной химиотерапии способствуют улучшению результативности лечения и профилактики рецидивов специфического процесса.

Экономическая значимость полученных результатов. Разработанный комплекс научно-обоснованных предложений и рекомендаций по повышению эффективности комплексного лечения больных туберкулезом в сочетании с ДГПЖ окажет благоприятное воздействие на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в целом, а так же поможет сократить финансовые затраты, связанные с лечением данного контингента больных.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Роль заболевания специфической этиологии различных органов на исход оперативного вмешательства характеризуется такой же существенно, что и роль ДГПЖ на результаты излечения от туберкулеза.

2. Тактика лечения ДГПЖ при ее сочетании с заболеваниями специфической этиологии различных органов отличается такой же особенностью, что и тактика лечения, больных заболеваниями специфической этиологии на фоне ДГПЖ.

3. Применение краткосрочных курсов контролируемой химиотерапии приводит к более ранней нормализации нарушенных функциональных показателей почек, печени и других органов, а также быстрому абациллированию и заживлению деструктивных изменений у оперированных больных с ДГПЖ в сочетании с туберкулезом.

4. В оценку показаний и противопоказаний к оперативному вмешательству могут быть положены, наряду с клиническими, функциональными, методам исследования и иммунологические. Определенной степени нарушения хронической почечной недостаточности соответствуют напряженная, ком-

пенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная стадии состояния иммунитета.

5. Хирургические вмешательства на фоне интенсивной химиотерапии позволяют улучшить результаты комплексного лечения больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом и не приводят к обострению специфического процесса.

Личный вклад соискателя. Аналитическая работа с литературными источниками, сбор первичного материала, статистическая обработка и анализ полученных данных, определение оптимальных сроков хирургического вмешательства у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом. Соискателем оперированы 209 больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом различных локализаций.

Апробация результатов диссертации. Результаты работы доложены на: заседаниях Ученого совета Кыргызского научно-исследовательского института туберкулеза (Бишкек, 1994; 1995); научно-практической конференции, посвященной 40-летию КНИИТ (Бишкек, 1996), Международной конференции урологов (Бишкек, 2003), заседании научно-медицинского общества урологов КР (Бишкек, 2004), Международном конгрессе фтизиатров (Чолпон-Ата, 2005), заседании Ученого совета Национального Центра фтизиатрии (Бишкек, протокол № 6, 2007 г.), заседании Ассоциации хирургических обществ Кыргызской Республики (Бишкек, 2008 протокол №608), заседании экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертации при НХЦ (Бишкек, 2008).

Внедрение результатов исследования: Результаты работы внедрены в урологических отделениях и кабинетах Национального центра фтизиатрии, Джалалабадском, Ошском областных центрах борьбы с туберкулезом и Городском центре борьбы с туберкулезом г. Бишкек и используются в учебном процессе на кафедрах фтизиопульмонологии КГМА и КРСУ для клинических ординаторов по теме «Внелегочный туберкулез».

Публикации по теме диссертации: По материалам диссертации опубликовано: 31 научная работа, из них - 1 монография, 1 патент на изобретение, № 219 от 30.12.1997г. Утверждено 3 рационализаторских предложения.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа изложена на 238 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 24 рисунками и 44 таблицами. Указатель использованной литературы включает 413 источников, из них 133 работы авторов дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Для реализации поставленных задач обследовано 307 больных, перенесших оперативное лечение по поводу

ДГПЖ, у которых выявлены заболевания туберкулезной этиологии со стороны легких, мочеполовой системы, костно-суставного аппарата и других локализаций, находившихся в урологическом отделении Национального центра фтизиатрии при Минздраве Кыргызской Республики за период с 1985 по 2008 годы.

Возраст больных был от 51 до 90 лет. Средний возраст оперированных больных равнялся 69 годам. Из них 295 больных (96 %) были в возрасте 61-80 лет, каждый третий - 117(31,1 %) был в возрасте старше 70 лет.

Для характеристики функционального состояния почек применяли общий клинический анализ крови и мочи, пробу по Зимницкому, определение содержания остаточного азота, мочевины, креатинина, электролитов и КОС крови, клубочковой фильтрации по эндогенному креатинину по методике Роберга-Тареева, расчет канальцевой реабсорбции воды, УЗИ, рентгенологические и радиоизотопные методы исследования, а при показаниях - компьютерная томография и ядерный магнитный резонанс. Определение микобактерий туберкулеза в патологическом материале осуществлялось методом прямой бактериоскопии с окраской мазков по Цилю-Нильсену, посевы из этой же порции. Функциональное состояние печени контролировалось определением общего билирубина, постановкой тимоловой пробы и активностью сывороточных трансаминаз (АЛТ, АСТ).

Для оценки иммунного статуса применяли следующие иммунологические тесты: определение относительного и абсолютного числа лимфоцитов в периферической крови; тесты Е- и ЕАС-розеткообразования для определения относительного и абсолютного числа Т- и В-лимфоцитов крови; определение концентрации сывороточных иммуноглобулинов основных классов (А, М, G); оценка пролиферативной активности Т-лимфоцитов в реакции бласттрансформации на ФГА макрометодом.

Результаты исследования подвергались статистической обработке, достоверность различий между показателями определялась с помощью критерия Стьюдента с использованием персонального компьютера «Pentium III».

Результаты собственных исследований. ДГПЖ первой стадии отмечено у 68 (22,1 %) больных, второй стадии - у 193 (63 %), третьей стадии - у 12 (3,9 %). У 34 (11 %) больных, поступивших в стационар с ОЗМ и наличием надлобкового мочепузырного свища, стадии заболевания не определялись.

Необходимо отметить, что удельный вес больных с ОЗМ и наличием надлобкового мочепузырного свища, по нашим данным, увеличивается с увеличением возраста больных. Так, в возрастной группе 61-70 лет они составляют 17,6 % (6), 71-80 лет - 32,4 % (11), 81-90 лет - 50 % (17). Это важно объяснить снижением социальной и общественной активности больных после 60 лет и недостаточной диспансеризацией или ее отсутствием в возрастной группе мужчин после окончания производственной деятельности. По-

этому профилактические осмотры мужчин в возрасте 60 лет и старше позволят своевременно выявить больных ДГПЖ и санировать их в более ранние сроки, когда осложнения заболевания еще не появились (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом по стадиям заболевания в зависимости от возраста

Стадия заболевания	Возраст лет				ВСЕГО	%
	51-60	61-70	71-80	81-90		
1 стадия	6	35	27	-	68	22,1
2 стадия	45	97	51	-	193	63,0
3 стадия	-	1	2	9	12	3,9
ОЗМ	-	2	5	9	16	5,2
Надлобковый мочево- вой свищ	-	4	6	8	18	5,8
ВСЕГО	51	139	91	26	307	100

Среди обследованных 307 больных туберкулезное поражение легких было у 171 (56,6 %) больного. При изучении структуры клинических форм туберкулеза среди 61 больного активным легочным туберкулезом в 89 % (54) случаев была установлена инфильтративная форма туберкулеза легких, из них в двух случаях осложнился туберкулезным менингитом, у 7 (11 %) больных установлен диссеминированный туберкулез легких с распадом и обсеменением, а у 110 (66%) больных из 171 выявлено БОИ и МОИ перенесенного туберкулеза легких. Среди больных с активными формами туберкулеза легких у 24 (39,3 %) больных в мокроте выявлены МБТ. Туберкулезное поражение мочеполовой системы было установлено у 92 (30 %) из 307 больных туберкулезом. Из них кавернозный туберкулез почек у 5 (5,5 %), туберкулезный папиллит - у 18 (19,5 %) и туберкулезный орхэпидидимит - у 11 (12 %). Посттуберкулезные изменения верхних мочевых путей выявлено у 58 (63 %) больных. Туберкулез костно-суставного аппарата установлен у 44 (13,4 %) больных. Из них у 13 (31,7 %) туберкулезный спондилит, туберкулез костей и суставов - у 31 (88,3 %) больного.

Среди 136 больных с активными формами туберкулеза легких, мочеполовой системы и костно-суставного аппарата выраженные проявления интоксикации и симптомов заболевания наблюдались у 27 (19,8 %), умеренно-выраженные - у 101 (74,6 %), отсутствовали - у 8 (5,6 %) больных. Как видно, из таблицы 2, наиболее частым осложнением у больных ДГПЖ является вторичный цистит - 100 % (307), вторичный пиелонефрит - 96,7 % (297)/ Хроническая почечная недостаточность выявлена у 137 (44,6 %) больных. Из них I стадия (латентная) - у 83 (28,3 %), вторая стадия (компенсированная) - у 34 (11,2 %), III-IV стадии (интермитирующая, терминальная) - у 16 (5,2 %) больных.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто выявлялись заболевания сердечно-сосудистой системы: атеросклероз и постинфарктный кардиоскле-

роз – 147 (47,8 %), ишемическая болезнь сердца – 87 (28,6 %), гипертоническая болезнь - у 184 (60 %), заболевания органов дыхания - у 93 (30,2 %).

Сопутствующие заболеваний и осложнения ДГПЖ, выявленные у больных до операции представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сопутствующие заболевания и осложнения ДГПЖ у больных туберкулезом n=1750		
Сопутствующие заболевания и осложнения ДГПЖ	Абс.	%
Сопутствующие заболевания специфической этиологии n=307		
инфильтративный туберкулез легких, БК+, туберкулезный менингит с нарушением функций тазовых органов +	2	0,6
Диссеминированный туберкулез легких с распадом и обсеменением, БК+	7	2,2
Двусторонний инфильтративный туберкулез легких с распадом и обсеменением. БК+	15	4,8
Инфильтративный туберкулез легких в стадии рассасывания	37	12,0
БОИ и МОИ перенесенного туберкулеза легких	110	36,8
Туберкулезный спондилит	13	4,2
Туберкулез костей и суставов	31	10
Кавернозный туберкулез почек	5	1,6
Туберкулезный папиллит	18	5,8
Туберкулезный орхоэпидидимит	11	3,5
Посттуберкулезный пиелонефрит	58	18,8
Заболевания почек n=447		
Хронический пиелонефрит	297	96,7
ХПН	137	44,6
Камни почек	7	2,2
Уретерогидронефроз	6	1,9
Заболевания мочевого пузыря n=392		
Хронический цистит	307	100
Камни мочевого пузыря	31	10,0
Хронический простатит	54	17,5
Заболевания сердечно-сосудистой системы n=604		
Атеросклероз и постинфарктный кардиосклероз	147	47,8
Ишемическая болезнь сердца	87	28,6
Гипертоническая болезнь	184	60,0
Заболевания дыхательной системы	93	30,2
Сахарный диабет	8	2,6
Паховомошоночная грыжа	13	4,2
Прочие заболевания	72	23,4

На основании комплексного обследования все больные разделены по стадиям ХПН на следующие группы. Контрольную группу составили 50 больных, оперированных по поводу ДГПЖ без сопутствующих заболеваний туберкулезной этиологии и без признаков ХПН.

В первую группу вошли 170 (55,3 %) больных с ДГПЖ без ХПН. Вторая группа представлена 87 (28,3 %) больными ДГПЖ, осложненной ХПН I стадии. Третью группу составили 34 (11,2 %) больных с ДГПЖ с ХПН II стадии.

Четвертая группа - в эту группу вошли 16 (5,2 %) больных с ДГПЖ, осложненной ХПН III-IV стадий (таблица 3).

Таблица 3

Характеристика стадий ХПН у больных с ДГПЖ в сочетании с туберкулезом

Функциональные показатели	Контроль n = 50	Без ХПН n = 170	Стадии ХПН			
			I n = 87	II n = 34	III-IV n = 16	
Суточный диурез, мл	1250±65,40	1340±84,00	1530±85,76	1930±104,5*	2115±120,0	
Клубочковая фильтрация, мл/мин.	90,0±5,20	78,0±4,12*	56,25±4,23***	42,6±4,75***	28,0±6,4***	
Канальцевая реабсорбция, %	99,0±0,20	98,0±0,40	97,0±0,30*	96,0±0,28**	94,0±0,26**	
проба Зимницкого, мг/л	миним. уд. вес	1014±2,6	1012±1,40	1008±1,18	1004±1,15*	1002±1,4**
	макс. уд. вес	1022±1,20	1021±1,14	1019±1,32	1016±1,8*	1009±1,16**
Остаточный азот, ммоль/л	20±1,18	19±1,20	28,04±1,56*	36,0±0,66***	48,0±11,6***	
Креатинин крови, мк/моль/л	86,0±5,20	88,0±4,30	92,4±4,13	148,0±2,35***	170±5,25***	
Мочевина крови, ммоль/л	5,0±0,60	5,4±0,20	6,8±0,45	11,6±0,40***	17,0±1,6***	
Креатинин мочи, ммоль/л	10,30±1,30	10,50±1,50	8,70±1,24	7,0±1,30**	3,0±1,15***	
T макс., мин.	2,5±0,46	4,0±0,2	6,8±0,60***	8,4±0,50***	13,6±0,33***	
T ½, мин.	8,34±0,35	7,6±0,88	13,30±0,66***	16,8±0,55***	19,5±0,34***	
Клиренс по ¹³¹ йоду, %	48,6±0,38	48,0±1,04	54,0±1,3**	65,0±1,54***	72,0±0,66***	

Примечание: * - P<0,05; ** P - 0,01; *** P - 0,001

В первую группу вошли 170 (55,3 %) больных с ДГПЖ без ХПН. Вторая группа представлена 87 (28,3 %) больными ДГПЖ, осложненной ХПН I стадии. Третью группу составили 34 (11,2 %) больных с ДГПЖ с ХПН II стадии.

Четвертая группа - в эту группу вошли 16 (5,2 %) больных с ДГПЖ, осложненной ХПН III-IV стадий.

При обследовании функционального состояния почек и верхних мочевых путей у больных с ДГПЖ в сочетании с туберкулезом в вышеуказанных группах обнаружены следующие изменения: у больных первой группы после клинико-рентгенологического обследования какой-либо патологии не было установлено. Все среднестатистические функциональные показатели были в пределах нормы. У больных с ДГПЖ I стадии отмечено снижение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции воды и соответственно составили: клубочковая фильтрация ($56,25 \pm 4,23$), канальцевая реабсорбция ($97,0 \pm 0,30$). Остальные функциональные показатели были в пределах нормы.

При статистическом анализе функций почек и верхних мочевых путей у больных туберкулезом в сочетании с ДГПЖ было установлено, что парциальные функции были значительно снижены у больных III-IV групп. У лиц III-IV групп установлено статистически достоверное повышение содержания остаточного азота ($36,0 \pm 0,66$ ммоль/л и $48,0 \pm 4,6$ ммоль/л соответственно), мочевины ($11,6 \pm 0,40$ и $17,0 \pm 1,6$ ммоль/л), креатинина крови ($148,0 \pm 2,35$ мкмоль/л и $170,0 \pm 5,25$ мкмоль/л). У больных с ХПН II - III - IV стадии отмечалось снижение концентрационной способности почек и соответственно минимального и максимального удельного веса мочи по Зимницкому у больных III-IV групп ($1004,0 \pm 1,15$; $1016,0 \pm 1,8$ и $1002,0 \pm 1,4$; $1009,0 \pm 1,18$ кг/л). В этих же группах отмечалось увеличение суточного диуреза ($1930 \pm 104,5$; 2115 ± 120 мл/сутки). Клубочковая фильтрация и канальцевая реабсорбция воды были снижены у больных II-III-IV групп и соответственно составили: клубочковая фильтрация ($56,25 \pm 4,23$; $42,6 \pm 4,75$; $28,0 \pm 6,4$ мл/мин.), канальцевая реабсорбция воды ($97,0 \pm 0,36$; $96,0 \pm 0,28$; $94,0 \pm 0,26$ %).

При анализе данных КОС, полученных на аппарате «Аstrup», установлено, что у больных, кроме лиц первой группы, был характерен метаболический ацидоз различной степени выраженности (компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный), у больных всех групп отмечен дефицит ВЕ (сдвиг буферных оснований в пределах от $-4,1 \pm 0,40$ до $-8,5 \pm 0,60$ ммоль/л). Следует отметить, что в каждой группе имелись индивидуальные колебания от нормальных показателей КОС до сдвига к алкалозу, который был компенсированным фактором метаболического ацидоза. Более выраженные сдвиги КОС наблюдались в III-IV группах, где отмечались изменения КОС от компенсированного до декомпенсированного.

Исследования некоторых электролитов крови не выявили существенной динамики в зависимости от стадии ХПН. У больных III-IV групп отмечена гипонатриемия в плазме крови, связанная, по нашему мнению, с увеличением суточного диуреза.

Снижение секреторно-выделительной функции отмечено при рентгенологическом исследовании у больных III-IV групп и подтверждено данными радиоизотопной рентгенографии. Соответственно у больных III группы Т макс. составило $8,4 \pm 0,50$ мин., $T_{1/2}$ $16,8 \pm 0,55$ мин.; клиренс гиппурана $65,0 \pm 1,54$ %, у больных IV группы Т макс. $13,6 \pm 0,33$; $T_{1/2}$ $19,5 \pm 0,34$ мин., клиренс гиппурана $72,0 \pm 0,66$ %.

Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что функциональное состояние почек у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом различных локализаций снижено, функциональные возможности почек, пораженных специфическим процессом и посттуберкулезным пиелонефритом, еще более снижены. Снижение функций почек у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом зависит не только от заболевания почек, но и от нарушений уродинамики мочевых путей, обусловленных ДГПЖ, а также выраженности специфической интоксикации. Поэтому за больными данной категории необходимо вести диспансерное наблюдение, которое способствует раннему выявлению различных функциональных отклонений в функциональном состоянии почек и своевременной ликвидации этих отклонений и коррекции их функций.

Кроме описанных выше изменений в функциональном состоянии почек, нами установлено наличие малого комплекса скрытой гепатопатии у данной категории больных в виде изменения в белковообразовательной, ферментобразовательной и пигментобразовательной функций печени.

Функциональное состояние печени у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом без ХПН в большинстве случаев было нарушено при наличии в анамнезе заболеваний желудочно-кишечного тракта (вирусный гепатит, холестит и др.). В остальных случаях у больных данной категории функциональные показатели печени были в пределах нормы.

Однако, в данной группе тимоловая проба при поступлении была достоверно повышена, по сравнению с контрольной группой ($4,2 \pm 0,43$ и $6,01 \pm 0,50$, $P < 0,01$). В то же время выявлено, достоверное снижение тимоловой пробы после лечения ($6,01 \pm 0,50$ и $4,78 \pm 0,40$, $P < 0,01$).

У больных с ХПН I стадии в значительном большинстве случаев содержание билирубина крови, как до лечения, так и после лечения оставалось в пределах нормы. При сопоставлении результатов исследования в процессе лечения отмечено достоверное снижение содержания билирубина после проведенного лечения ($10,26 \pm 0,69$ ммоль/л и $7,05 \pm 0,58$; $P < 0,01$).

Активность сывороточных трансаминаз определяли у всех больных. Исследования проводились при поступлении больных и в динамике - в процессе и после окончания антибактериальной терапии. При первичном определении активности трансаминаз, как видно из таблицы 4 у наших больных повышение активности АСТ ($83,3-98,4$ МЕ) наблюдалось у 2-х (2,2%) больных, а

повышение активности АЛТ у 1 (1,1%) больного (91,4 МЕ).

Таблица 4
Сравнительная оценка функциональных показателей печени у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом в зависимости от стадии ХПН (до и после лечения)

Функциональные показатели	Контрольная группа n-50 M ₁ -m ₁	Без ХПН n-170		ХПН I стадии n-87		ХПН II стадии n-34		ХПН III – IV стадии n-16	
		До лечения M ₂ -m ₂	После лечения M ₃ -m ₃	До лечения M ₂ -m ₂	После лечения M ₃ -m ₃	До лечения M ₂ -m ₂	После лечения M ₃ -m ₃	До лечения M ₂ -m ₂	После лечения M ₃ -m ₃
Билирубин сыворотки крови, ммоль/л	8,3±0,53	9,95±0,73	8,91±0,97	10,26±0,69	7,05±0,58	14,38±1,52	8,58±0,54	20,4±0,22	11,98±0,70
P		M ₁ -M ₂ >0,05	M ₂ -M ₃ >0,05	M ₁ -M ₂ <0,05	M ₂ -M ₃ <0,01	M ₁ -M ₂ <0,001	M ₂ -M ₃ <0,001	M ₁ -M ₂ <0,001	M ₂ -M ₃ <0,001
Тимоловая проба, ед.	4,2±0,43	6,01±0,50	4,78±0,40	6,30±0,61	4,59±0,53	7,75±0,43	4,76±0,36	9,5±0,45	4,6±0,66
P		M ₁ -M ₂ <0,01	M ₂ -M ₃ <0,01	M ₁ -M ₂ <0,01	M ₂ -M ₃ <0,01	M ₁ -M ₂ <0,001	M ₂ -M ₃ <0,001	M ₁ -M ₂ <0,001	M ₂ -M ₃ <0,001
Аланиновая трансаминаза ME	26,3±0,22	28,4±0,16	25,2±0,12	27,0±0,01	25,2±0,04	28,3±0,14	26,4±0,10	42,0±0,03	36,0±0,13
P		M ₁ -M ₂ >0,05	M ₂ -M ₃ >0,05	M ₁ -M ₂ >0,05	M ₂ -M ₃ >0,05	M ₁ -M ₂ >0,05	M ₂ -M ₃ >0,05	M ₁ -M ₂ <0,01	M ₂ -M ₃ <0,05
Аспорогиновая трансаминаза, ME	27,6±0,40	26,4±0,13	20,4±0,08	28,9±0,03	28,0±0,04	29,0±0,08	27,03±0,01	47,2±0,16	35,0±0,02
P		M ₁ -M ₂ >0,05	M ₂ -M ₃ >0,05	M ₁ -M ₂ >0,05	M ₂ -M ₃ >0,05	M ₁ -M ₂ >0,05	M ₂ -M ₃ >0,05	M ₁ -M ₂ <0,01	M ₂ -M ₃ <0,05

У больных с повышенной активностью трансаминаз к концу лечения содержание трансаминаз в сыворотке крови пришло в норму. Все эти больные в прошлом перенесли вирусный гепатит или сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта (гепатит, холецистит).

При сопоставлении показателей содержания трансаминаз в сыворотке крови между контрольной группой и данными больных до и после лечения нами особых изменений в ферментобразовательной функции печени не было установлено и все среднестатистические функциональные показатели были в пределах нормы (АСТ до лечения 28,9±0,03, после лечения 28,0±0,04 P>0,05; АЛТ до лечения 27,0±0,01, после лечения 25,2±0,04, P>0,05).

Следовательно, можно отметить, что повышение активности трансаминаз у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом, осложненной ХПН I стадии, не зависит от характера и формы туберкулезного процесса. Эти изменения встречались у больных с наличием в анамнезе заболеваний желудочно-

кишечного тракта.

Характеризуя белковообразовательную функцию печени, тимоловая проба определялась при поступлении в клинику и после лечения. При первичном определении тимоловой пробы из 87 больных у 17 (19,5%) она была умеренно повышенной – от 6 ед. до 10 ед., а у 5 (5,7%) больных отмечалось выраженное повышение. В основном эти пациенты были больны деструктивными формами туберкулеза, в прошлом перенесли вирусный гепатит, а также имели сопутствующие заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта. Из 17 больных с повышенным содержанием тимоловой пробы после проведенной терапии (специфической, гепатотропной), содержание тимоловой пробы в сыворотке крови нормализовалось у 15 (88,2%) больных, у 2 (11,7%) больных тимоловая проба оставалась повышенной. У одной больной наблюдался хронический гепатит, а один больной в анамнезе перенес тяжелую форму вирусного гепатита.

Следовательно, у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом, осложненной ХПН I стадии, содержание тимоловой пробы в крови в процессе лечения снизилось. Если до лечения средний показатель M 6,30±0,61, то после лечения M=4,59±0,53, эти изменения достоверны (P<0,01). Также отмечено достоверное повышение тимоловой пробы при поступлении по сравнению с контрольной группой (4,2±0,43 и 6,30±0,61).

Таким образом, у данной категории больных в значительном большинстве случаев содержание билирубина крови, как до лечения, так и после оставалось в пределах нормы. Повышение активности трансаминаз в данной группе больных не зависит от характера и формы туберкулеза. Эти изменения отмечались у больных с наличием в анамнезе заболеваний желудочно-кишечного тракта. Белковообразовательная функция печени у данной категории больных значительно чаще изменялась у лиц с нарушением парциальных функций почек, с деструктивным процессом специфического характера с явлениями туберкулезной интоксикации.

В процессе комплексной специфической терапии в сочетании с гепатотропными препаратами, с улучшением функциональных показателей почек и снятием симптомов туберкулезной интоксикации при контрольном обследовании отмечалась нормализация функциональных показателей печени.

У 34 больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом, осложненной ХПН II стадии в 79,5% (27) случаев содержание билирубина в крови было в пределах нормы, а в 20,5% (7) случаев обнаружено повышение билирубина в сыворотке крови до 28,12 ммоль/л. Повышение билирубина было у тех больных, у которых имелся деструктивный туберкулез легких и почек с явлениями специфической интоксикации. Так, наблюдалось достоверное повышение содержания билирубина сыворотки крови до лечения по сравнению с контрольной группой (14,38±1,52 и 8,3±0,53, P<0,001), с также достоверное сни-

жение билирубина сыворотки крови у данной группы больных после лечения ($14,38 \pm 1,52$ и $8,58 \pm 0,54$, $P < 0,001$).

При изучении белковообразовательной функции печени из 34 больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом, осложненной ХПН II стадии, у 8 (23,6 %) больных обнаружено нарушение данной функции печени. После проведенной клинической терапии (специфической, гепатотропной и витаминотерапии) из 8 больных у шести тимоловая проба нормализовалась до нормы, а у двух больных (1 - кавернозным туберкулезом почек, 1 - с диссеминированным туберкулезом легких с явлениями специфической интоксикации) оставалась повышенной.

Здесь обнаружены были более существенные изменения. Помимо достоверного повышения содержания тимоловой пробы в крови до лечения по сравнению с контрольной группой, отмечено достоверное снижение тимоловой пробы в крови после лечения ($7,75 \pm 0,43$; $4,2 \pm 0,43$, $P < 0,001$ и $7,75 \pm 0,43$; $4,76 \pm 0,36$ $P < 0,001$ соответственно).

При исследовании активности сывороточных трансаминаз у больных данной группы отмечалось повышение содержания АЛТ у трех больных, после лечения у всех больных содержание АЛТ в сыворотке крови пришло в норму. У этих больных в анамнезе имелись сопутствующие заболевания ЖКТ (гепатит, холецистит и др.). Средние показатели активности сывороточных трансаминаз (таблица 3.3.7) составляли до лечения АСТ $27,6 \pm 0,40$; после лечения АСТ $27,03 \pm 0,01$, $P > 0,05$. До лечения АЛТ $28,3 \pm 0,14$; после лечения АЛТ $26,4 \pm 0,10$, $P > 0,05$, т.е. содержание трансаминаз в сыворотке крови в динамике остались в пределах нормы.

Результаты исследования показали, что у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом, ХПН II стадии отмечено нарушение пигментообразовательной функции в 20,5 % (7) случаев, которая после проведенной терапии нормализовалась у всех этих больных до нормы, а ферментообразовательная функция печени была нарушена в 8,8 % (3) случаев, имевших в анамнезе сопутствующие заболевания в виде хронического гепатита и холецистита. Белковообразовательная функция печени была нарушена в данной группе до лечения у 23,6 % (8) больных, после проведенной терапии тимоловая проба оставалась повышенной в 5,9 % (2) случаев, т.е. у одного больного с кавернозным туберкулезом почек и у одного диссеминированным туберкулезом легких с явлением специфической интоксикации и почечной недостаточности.

Таким образом, выявленные изменения в функциональном состоянии печени обуславливались длительностью и тяжестью специфической интоксикации, стадий ХПН, а также с наличием заболевания желудочно-кишечного тракта. Сопоставление результатов исследования функции печени и почек показало, что чем глубже нарушение парциальных показателей почек, чем более выражены расстройства функциональной деятельности пече-

ни.

При изучении пигментообразовательной функции печени у 16 больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом, осложненной ХПН III-IV стадий в 75 % (12) случаев содержание билирубина в крови было в пределах нормы, а в 25 % (4) случаев было повышено. Повышение билирубина крови было у двух больных диссеминированным туберкулезом легких и у двух больных кавернозным туберкулезом почек, осложненным ХПН III-IV стадий.

В данной группе, где имелись больные ДГПЖ в сочетании с тяжелыми формами туберкулеза, с выраженной специфической интоксикацией наблюдалось достоверное повышение содержания билирубина сыворотки крови при поступлении по сравнению с контрольной группой ($20,4 \pm 0,22$ и $8,3 \pm 0,53$, $P < 0,001$), а также значительное достоверное снижение билирубина сыворотки крови после проведенного комплексного лечения ($20,4 \pm 0,22$ и $11,98 \pm 0,70$, $P < 0,001$).

При исследовании активности сывороточных трансаминаз у больных данной группы отмечалось повышение при поступлении у 6-ти (37,5 %) больных АЛТ от 62 до 73 МЕ, а АСТ у 4-х (25 %) больных от 56 до 86 МЕ.

У больных с повышенным содержанием активности сывороточных трансаминаз в анамнезе каких-либо патологических изменений со стороны органов желудочно-кишечного тракта не было установлено. После проведенной терапии к концу лечения содержание сывороточных трансаминаз оставалось повышенным у одного больного.

Однако, у больных данной группы отмечалось достоверное повышение содержания АСТ и АЛТ при поступлении по сравнению с контрольной группой, т.е. до лечения средние показатели сывороточных трансаминаз составили: АСТ $47,2 \pm 0,16$, в контрольной группе $27,6 \pm 0,40$, $P < 0,01$. АЛТ $42,0 \pm 0,03$, в контрольной группе $26,3 \pm 0,22$, $P < 0,01$. После проведенного комплексного лечения отмечалось умеренное достоверное снижение АСТ АЛТ ($47,9 \pm 0,16$ и $35,01 \pm 0,02$, $P < 0,05$; $42,0 \pm 0,03$ и $36,01 \pm 0,13$, $P < 0,05$ соответственно).

В комплекс нашего обследования входило определение белковообразовательной функции с помощью тимоловой пробы. Среди больных данной группы у 6-ти больных (37,5 %) тимоловая проба при поступлении была повышенной. В процессе комплексного лечения из 6 (37,5 %) больных у 4 (25 %) белковообразовательная функция нормализовалась, а у 2 (12,5 %) больных с явлением тяжелой легочно-сердечной недостаточности данная проба оставалась умеренно повышенной до 12 ед.

Необходимо отметить обращало на себя внимание то обстоятельство, что здесь уже были более существенные изменения. Так, отмечалось достоверное повышение тимоловой пробы при поступлении по сравнению с контрольной группой ($9,5 \pm 0,45$ и $4,2 \pm 0,43$, $P < 0,001$), а также установлено достоверное снижение тимоловой пробы после проведенного комплексного лече-

ния ($9,5 \pm 0,45$ и $4,6 \pm 0,66$, $P < 0,001$).

Следовательно, по средним показателям, до лечения отмечалось повышение тимоловой пробы, а после лечения данная проба по средним показателям нормализовалась до нормы.

Таким образом, наряду с наличием малого комплекса скрытой гепатопатии, наиболее рано выявляются изменения в белковообразовательной, ферментообразовательной и пигментообразовательной функции печени. Выявленные изменения в функциональном состоянии печени обуславливались стадией, длительностью и тяжестью специфической интоксикации, стадий ХПН, а также наличием заболеваний желудочно-кишечного тракта. Сопоставление результатов исследования функций печени и почек показало, что, чем глубже нарушения парциальных показателей почек, тем более выражены расстройства функциональной деятельности печени.

В процессе комплексной специфической терапии в сочетании с гепатотропными препаратами, с улучшением функциональных показателей почек и устранением симптомов туберкулезной интоксикации при контрольном обследовании отмечалась нормализация функциональных показателей печени.

Проведенные исследования показали, что наблюдаемые изменения функций печени являются обратимыми, так как они восстанавливаются с нормализацией функционального состояния почек и снятием туберкулезной интоксикации.

Нами был изучен иммунный статус у 92 больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом различных локализаций. Так же обследовано 20 лиц, оперированных по поводу ДГПЖ без сопутствующих заболеваний туберкулезной этиологии и без признаков ХПН, составивших контрольную группу. На основании комплексного обследования все больные разделены на следующие группы: в первую группу вошли 38 (41 %) больных с ДГПЖ в сочетании с туберкулезом без признаков ХПН. Во вторую группу вошли 26 (28 %) больных с ХПН I стадии. Третья группа состояла из 18 (19 %) больных с ХПН II стадии. Четвертая группа представлена 10 (12 %) больными, у которых при обследовании установлено ХПН III – IV стадии.

При изучении иммунного статуса в выше указанных группах обнаружены следующие изменения: в первых трех группах существенных изменений в абсолютном содержании лимфоцитов периферической крови нами не установлено ($2540,0 \pm 191,26$; $2682,9 \pm 133,53$; $2351,0 \pm 110,12$ соответственно), однако, в четвертой группе у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом, осложненной ХПН III – IV стадии, абсолютное количество лимфоцитов было достоверно уменьшено, по сравнению с здоровыми донорами ($2540,0 \pm 191,26$ и $1574,8 \pm 175,59$, $P < 0,05$).

Как видно из таблицы 5, между группой здоровых лиц и больными с ДГПЖ без ХПН значительных различий по абсолютному и относительному

содержанию Т-лимфоцитов в периферической крови нет ($1395,1 \pm 162,38$; $1075,7 \pm 118,06$ и $57,5 \pm 4,27$; $46,27 \pm 5,07$ соответственно).

Таблица 5

Сравнительная оценка иммунологических показателей у больных (I, II, III, IV групп) с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом с контрольной группой в зависимости от стадии ХПН

Иммунологические тесты	Статистические обозначения	Контроль	ХНП-0	ХНП-I	ХНП-II	ХНП-III-IV
Число наблюдений		20	38	26	18	10
Абсолютное число лимфоцитов в 1 мм^3 , всего						
	М	2540,0	2682,9	2729,0	2351,0	1574,8*
	$\pm m$	191,26	133,53	122,43	110,12	175,59
Абсолютное число Т- и В-лимфоцитов в 1 мм^3						
Т-лимфоцитов	М	1395,1	1075,7	978,1**	705,2**	628,9**
	$\pm m$	162,38	118,06	111,89	137,0	141,03
В-лимфоцитов	М	309,7	304,0	180,8*	162,3**	132,0***
	$\pm m$	54,71	86,95	35,33	20,35	10,16
Относительное число Т- и В-лимфоцитов, %						
Е-РОК	М	57,5	46,27	42,04**	40,0**	34,75***
	$\pm m$	4,27	5,07	4,57	4,87	3,63
ЕАС-РОК	М	13,4	11,12*	6,6***	5,36***	3,95***
	$\pm m$	1,96	3,89	0,94	0,65	0,84
РБТЛ	М	47,0	26,48***	26,54***	16,29***	14,30***
	$\pm m$	1,65	2,08	1,42	1,33	2,26
Иммуноглобулины, г/л						
А	М	5,9	3,90*	4,34*	3,63**	4,35
	$\pm m$	0,70	0,72	0,61	0,65	0,71
М	М	1,47	1,69*	1,81*	2,28**	2,95**
	$\pm m$	0,07	0,21	0,16	0,16	0,56
G	М	9,8	20,8***	20,45***	23,53***	32,25**
	$\pm m$	0,70	2,48	2,40	3,15	2,65

Примечание: * $P < 0,05$; ** $P < 0,01$; *** $P < 0,001$

Во второй группе отмечено умеренное, но достоверное ($P < 0,05$) уменьшение процентного и относительного содержания Т-лимфоцитов по сравнению с контрольной группой ($978,1 \pm 111,89$; $1325,1 \pm 162,38$ и $42,04 \pm 4,57$; $57,5 \pm 4,27$ соответственно). В то же время не выявлено различий при сравнении больных первой группы со второй ($P > 0,05$).

В следующей третьей группе, состоящей из 18 больных с ДГПЖ в сочетании с активным нефротуберкулезом и туберкулезом легких, по сравнению с Т-лимфоцитами определялись следующие изменения: достоверный и выраженный дефицит абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов, по сравнению со здоровыми ($705,2 \pm 137,0$; $1395,1 \pm 162,38$ и $40,0 \pm 4,78$; $57,5 \pm 4,27$, $P < 0,001$).

Больные четвертой группы, у которых туберкулез мочевой системы привел к значительным органическим изменениям (стриктура мочеочника,

микроцистис и др.), следствием которых, в свою очередь, явился хронический пиелонефрит, осложненный ХПН III - IV стадии. У больных этой группы обнаруживался резко выраженный Т-клеточный иммунодефицит, так, абсолютное число лимфоцитов в 1мм^3 составило всего $1574,75 \pm 175,59$; абсолютное число Т-лимфоцитов в мм^3 крови было равно $627,81 \pm 141,3$. Относительное число Т-лимфоцитов $34,75 \pm 3,63\%$, а в контрольной группе соответственно $2540,0 \pm 191,26$, $1395,1 \pm 162,38$, $57,5 \pm 4,27$.

Таким образом, абсолютное и относительное количество Т-клеток в IV группе достоверно меньше, чем в контрольной ($P < 0,001$).

Следовательно, анализируя состояние Т-клеточного звена иммунитета у наблюдаемых больных, следует отметить четкую зависимость его нарушений от выраженности ХПН. При сравнении со здоровыми наибольшее отклонение в абсолютном и относительном содержании Т-лимфоцитов наблюдалось у больных IV группы с ХПН III-IV стадий. У этих больных еще резко снижена митогениндуированная способность Т-лимфоцитов и пролиферации.

В группах больных ХПН I-II стадий угнетение Т-системы иммунитета было менее глубоким и с частичной компенсацией иммунологического дисбаланса шло за счет достаточно высокого содержания абсолютного количества лимфоцитов. Однако, следует подчеркнуть, что если в обеих группах (с ХПН I-II стадий) уровень абсолютного и относительного количества Т-клеточной популяции лимфоцитов почти не различался ($1075,7 \pm 118,06$; $978,01 \pm 111,89$ и $46,27 \pm 5,07$; $42,04 \pm 4,57$, $P > 0,05$), то в функциональном отношении наблюдалось угнетение ($P < 0,05$) у больных III группы с ХПН, II стадии, по сравнению со II группой (РБТЛ - $16,18 \pm 1,38$; РБТЛ - $26,54 \pm 1,42$).

Таким образом, при ХПН II стадии в основном страдает функциональная активность тимусзависимых Т-лимфоцитов, что отражает нарушение более глубоких механизмов и иммунного ответа.

У больных с ДГПЖ в сочетании с туберкулезом без нарушений функции (без ХПН) при сопоставлении с контрольной группой в количественном отношении изменений в Т-системе иммунитета не обнаружено, однако пролиферативная способность клеток была достоверно снижена ($26,48 \pm 2,08$) и практически не отличалась от таковой у больных с ХПН II стадии. Следовательно, у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом в процессе развития почечной недостаточности, в первую очередь, нарушается функция Т-клеточного звена иммунитета, которая по мере нарастания ХПН имеет четкую тенденцию к снижению. При этом теряется также компенсаторная выработка достаточного количества Т-лимфоцитов.

Оценка В-систем иммунитета у наблюдаемой категории больных позволила выявить некоторые закономерности в развитии иммунологического дисбаланса. У больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом без ХПН, по сравнению со здоровыми донорами, по содержанию абсолютного и относитель-

ного количества В-лимфоцитов особых различий не обнаружено ($309,7 \pm 54,71$; $304,0 \pm 86,95$ и $13,4 \pm 1,96$; $11,12 \pm 3,89$). Во второй группе отмечено умеренное, достоверное снижение абсолютного ($309,7 \pm 54,71$ и $180,8 \pm 35,33$, $P < 0,05$) и относительного числа ($13,4 \pm 1,96$ и $6,6 \pm 0,94$, $P < 0,001$) В-лимфоцитов.

В третьей группе отмечался выраженный достоверный дефицит В-системы иммунитета: абсолютное число В-лимфоцитов $162,3 \pm 20,35$ (контрольная группа $309,7 \pm 54,7$, $P < 0,02$). Относительное число $5,36 \pm 0,05$ и $13,4 \pm 1,96$, $P < 0,001$.

В четвертой группе выявлен достоверный и резко выраженный дефицит В-системы иммунитета, по сравнению с контрольной группой: абсолютное количество В-лимфоцитов $132,0 \pm 10,16$ ($309,7 \pm 54,7$); $P < 0,002$, относительное количество $3,95 \pm 0,84$ ($13,4 \pm 1,96$), $P < 0,001$.

Таким образом, если в группе больных без признаков ХПН абсолютное и относительное содержание В-лимфоцитов не отличалось от уровня здоровых доноров, то нарастание почечной декомпенсации сопровождалось его отчетливым снижением. Причем, по мере нарастания ХПН количественные показатели В-системы иммунитета были снижены в два, а при ХПН III стадии - в три раза.

Нами также изучен гуморальный иммунитет у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом. Мы определяли концентрации сывороточных иммуноглобулинов основных классов (А, М, G).

Уровень сывороточных иммуноглобулинов отражает функциональное состояние В-системы иммунитета, которая постоянно находится в состоянии спонтанной стимуляции различными антигенными раздражителями. При определении концентрации иммуноглобулина А в периферической крови у наших больных, по сравнению с группой здоровых лиц, не установлено значимых различий. Однако у больных отмечено в целом несколько меньшее содержание концентрации иммуноглобулинов класса А. Определенная связь, в зависимости от стадии ХПН в исследуемых группах, по сравнению А-иммуноглобулина, не установлена.

Между группой здоровых лиц и больными с ДГПЖ в сочетании с туберкулезом без ХПН и с группой больных с ХПН I стадии значимых различий, по сравнению с иммуноглобулином М нет, а в остальных двух группах установлено выраженное достоверное повышение концентрации иммуноглобулина М соответственно: $1,47 \pm 0,07$ и $2,28 \pm 0,16$, $P < 0,01$; $1,47 \pm 0,07$ и $2,95 \pm 0,56$, $P < 0,01$.

Концентрация иммуноглобулина G, по сравнению с контрольной группой ($9,8 \pm 1,76$) указывает на резко выраженное повышение этого класса иммуноглобулина. В I-II группах содержание концентрации иммуноглобулина

G, по сравнению с контрольной группой, установлено достоверное повышение содержания этого класса иммуноглобулина ($9,8 \pm 1,76$ и $20,8 \pm 2,48$, $P < 0,001$; $9,8 \pm 1,76$ и $20,45 \pm 2,40$, $P < 0,001$), а в III-IV группах установлено еще более выраженное и достоверное повышение содержания иммуноглобулина G и соответственно: у больных с ХПН II стадии $23,53 \pm 3,15$ ($P < 0,001$), а у больных с ХПН III стадии $32,25 \pm 2,05$ ($P < 0,01$).

Следовательно, выявлено значительное усиление иммуноглобулинопродуцирующей функции В-лимфоцитов. Особенно это четко отразилось на выработке иммуноглобулина G. Уровень его у больных всех групп значительно превышал данные контрольной группы.

Таким образом, при дефиците содержания в крови В-лимфоцитов наблюдалась гиперпродукция иммуноглобулина G, что отражало напряжение компенсаторных механизмов иммунитета. Отмечено также достаточное повышение уровня иммуноглобулина M у больных с ХПН, причем, нарастание его шло прямо пропорционально степени выраженности почечной недостаточности. Такая динамика, по-видимому, связана с хронизацией процесса, длительностью антигенного раздражения. Содержание иммуноглобулина A у больных первых трех групп было несколько снижено, однако, какой-либо четкой динамики его уровня, в зависимости от глубины ХПН, выявить не удалось.

Результаты иммунологических тестов свидетельствуют, что больные с ДГПЖ в сочетании с туберкулезом без ХПН и с ХПН I стадии имеют показатели клеточного и гуморального иммунитета, близкие по значению со здоровыми, т.е. компенсаторные механизмы справляются с возросшей нагрузкой. У больных ХПН II стадии и, особенно, с ХПН III стадии, происходят значительные изменения в иммунитете: резкие снижения количественных (Е-РОК относительное и абсолютное, ЕАС-РОК относительное и абсолютное) и функциональных параметров (РБТЛ с ФГА, содержание иммуноглобулинов G и M). Эти изменения в иммунитете характеризуются возможностью перехода в стадию декомпенсации, что отражается на исходе оперативного лечения по поводу ДГПЖ и, вероятно, имеет прогностически неблагоприятное значение, указывающее на необходимость проведения у таких больных коррекции иммунной системы и учета при проведении оперативных вмешательств по поводу ДГПЖ.

Анализируя вышеуказанные данные, мы заметили определенные закономерности между степенью хронической почечной недостаточности и нарушением иммунитета. Это убедило нас создать рабочую классификацию, позволяющую дать характеристику состояния иммунитета у больных с ДГПЖ в сочетании с туберкулезом, что имеет прогностическое значение при оперативных вмешательствах по поводу ДГПЖ.

У лиц контрольной группы состояние иммунитета мы приняли за нор-

мы. По отношению к этой группе у пациентов без признаков ХПН имеются незначительные колебания показателей клеточного и гуморального иммунитета. При этом повышение или понижение этих показателей находится в пределах среднестатистических отношений, которые наблюдались в контрольной группе. Поэтому стадию изменения иммунитета мы называли стадией напряженного иммунитета.

При первой стадии ХПН (ХПН-I) изменения показателей иммунитета продолжают устойчиво снижаться (за исключением иммуноглобулина A) и напряжение состояния клеточного и гуморального иммунитета продолжает нарастать и уже в следующей стадии ХПН (ХПН-II) наступает его заметное снижение. Исходя из этого, мы называли состояние иммунитета при ХПН-I компенсированной стадией, а при ХПН-II - субкомпенсированной.

При ХПН III-IV стадий абсолютно все показатели иммунитета были резко снижены. Эту стадию мы назвали стадией декомпенсации.

Данная рабочая классификация удобна в практической работе, т.е. для прогнозирования результатов оперативного лечения у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом.

Следовательно, анализируя клинико-иммунологические данные в соответствии со стадией ХПН в каждом определенном случае, можно сделать вывод, что в прогнозировании результатов оперативного лечения, наряду с общеклиническими критериями, имеют большое значение данные изменения в иммунной системе организма.

Они включают диагностический комплекс (Е-РОК, ЕАС-РОК, РБТЛ с ФГА, содержание иммуноглобулинов A, M, G), данные которого ниже определенных нами средних статистических величин, могут с большой вероятностью говорить в пользу неблагоприятного исхода оперативного лечения в прогностическом отношении:

1. РБТЛ с ФГА ниже $26,54 \pm 1,42$ %.
2. Е-РОК относительное и абсолютное ниже $42,04 \pm 4,57$; $978,06 \pm 111,89$.
3. ЕАС-РОК относительное и абсолютное ниже $6,6 \pm 0,94$; $180,8 \pm 35,33$.
4. Содержание иммуноглобулинов G и M соответственно выше $20,45 \pm 2,4$ и $1,81 \pm 0,16$ г/л.

Таким образом, выполненные нами исследования по изучению иммунного статуса у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом показали выраженные нарушения в различных звеньях иммунологической цепи. Даже в период кажущегося благополучия, при отсутствии каких-либо признаков ХПН на лицо имеется дефект в иммунной системе, в частности, угнетается пролиферативная функция Т-лимфоцитов и гиперпродукция иммуноглобулина класса G. Иммунологический дисбаланс, нарастая в зависимости от выраженности ХПН, достиг своего максимума у больных с ХПН III - IV стадий.

Учитывая вышеизложенное, низкие значения реакции бласттрансформации лимфоцитов на ФГА и высокое содержание в сыворотке крови иммуноглобулина G, можно считать их прогностически неблагоприятными признаками, указывающими на необходимость проведения у таких больных коррекции иммунной системы с целью повышения резистентности организма к специфической и неспецифической инфекции, а также учитывать при проведении оперативных вмешательств по поводу ДГПЖ.

Для оценки клинической эффективности краткосрочных курсов интенсивной химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом легких в сочетании с ДГПЖ нами проведено комплексное обследование и лечение 59 больных ДГПЖ в сочетании с активным легочным туберкулезом. Из них 34 (57,6 %) больных получили курсы интенсивной терапии по ДOTS-программе. Среди них у 24 (70,5 %) в мокроте найдены МБТ, а 25 (42,4 %) больных - традиционное, ранее принятое лечение, из них у 18 (72 %) больных установлены в мокроте МБТ. Все 34 больных с впервые выявленным туберкулезом, получавшие контролируемые краткосрочные курсы химиотерапии, относились к 1 категории. В данной группе больных выраженные проявления специфической интоксикации и симптомов заболевания были у 9 (26,4 %), умеренно выраженные - у 25 (73,6 %). Среди больных второй группы, получавших традиционное, ранее принятое лечение, выраженные симптомы интоксикации и заболевания были у 6 (24,0 %), умеренно выраженные - у 19 (76 %).

Таким образом, по выраженности симптомов заболевания и проявления специфической интоксикации состав I и II групп был сходным.

Основными критериями эффективности лечения были частота прекращения бактериовыделения, а также рентгенологическая динамика туберкулезного процесса. При оценке эффективности химиотерапии критерии абациллирования служили отрицательные результаты исследования мокроты и других патологических материалов, полученных не менее двух раз методом бактериоскопии и двумя посевами, выполненными в течение двух месяцев. В группу «закрытие полостей распада» относили тех больных, у которых при двух рентгенологических исследованиях, проведенных с двухмесячным интервалом, при использовании многопроекционной рентгенографии и различных томографических методик наступило абациллирование по вышеуказанным критериям, но не удавалось доказать наличие деструктивных изменений.

Как видно на рисунке 1, при сопоставлении результатов лечения обращает на себя внимание заметное преимущество первого режима (ККХТ), включающего изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол (или стрептомицин) в первые два месяца лечения. К концу интенсивной фазы лечения, т.е. через два месяца абациллирование наступило у больных, получавших лечение ККХТ в 83,3 % (28) случаев, а у больных, получавших традиционные

схемы лечения - в 61 % (15) случаев ($P < 0,01$). Показатель заживления деструктивных изменений к этому сроку у больных второй группы был в 3 раза меньше, чем в первой группе (соответственно 20 % (5), против 55 % (19), $P < 0,001$).



Рис.1. Сопоставление эффективности различных режимов химиотерапии у больных туберкулезом легких с ДГПЖ

Среди больных, получивших ККХТ, в 17,2 % (6) случаев выявлена лекарственная непереносимость. Из них аллергические проявления были в 11,5 % (4), токсические в 5,7 % (2) случаев. У данного контингента больных токсико-аллергических реакций не наблюдалось.

При традиционных методах лечения побочные проявления антибактериальной терапии отмечены в 20 % (5) случаев, у 8 % (2) случаев эти проявления в данной группе были аллергическими, в 12 % (3) случаев токсическими.

Следовательно, при ККХТ явления непереносимости при сравнении с традиционным режимом почти на одинаковом уровне. При анализе данных по срокам проявлений лекарственной непереносимости выявлено, что они отмечены в первые 2 месяца лечения.

Следует отметить, что при лечении краткосрочными курсами интенсивной терапии из-за большого количества аллергических реакций (17 %) больным туберкулезом легких в сочетании с ДГПЖ необходимо назначение дополнительно десенсибилизирующих препаратов в интенсивной фазе.

Таким образом, при анализе эффективности исследованных нами химиотерапевтических режимов у впервые выявленных больных туберкулезом легких в сочетании с ДГПЖ выявлено преимущество комбинации краткосрочных курсов интенсивной химиотерапии по сравнению с традиционными методами лечения. Различия особенно заметны по частоте, срокам прекращения бактериовыделения и заживления деструктивных изменений в легких

(к концу интенсивной фазы), при этом статистическая обработка материала выявила достоверность различия между 1-й и 2-й группами наблюдения (83,3 % и 61 %, $P < 0,01$; 55 % и 20 %, $P < 0,001$). Необходимо отметить, что краткосрочные курсы интенсивной химиотерапии являются режимами выбора в качестве наилучшего метода лечения впервые выявленных больных туберкулезом в сочетании с ДГПЖ. Их внедрение должно способствовать повышению эффективности лечения, улучшению эпидемиологической ситуации, снижению смертности от туберкулеза и улучшению результатов оперативного вмешательства по поводу сопутствующего, взаимоотношающегося заболевания как ДГПЖ.

Нами изучались особенности дифференцированного подхода к оперативному вмешательству при ДГПЖ у больных туберкулезом различных локализаций, так как каждый из видов специфического поражения имеет свои отрицательные особенности, как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

При выборе вида оперативного лечения больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом различной локализации учитывали такие факторы как: локализация, распространенность, выраженность специфической интоксикации, степень нарушений функций легочно-сердечной недостаточности, функциональное состояние почек и печени, наличие угрожающих жизни осложнений ДГПЖ (кровотечение из расширенных вен шейки мочевого пузыря и др.), наличие сопутствующих заболеваний.

При наличии активного туберкулезного процесса в предоперационном периоде проводилось лечение противотуберкулезными препаратами для снятия специфической интоксикации и нормализации функций жизненно важных органов на фоне дезинтоксикационной, общеукрепляющей и симптоматической терапии.

С целью определения оптимальных сроков проведения оперативных вмешательств у больных ДГПЖ в сочетании с активными формами туберкулеза с явлениями специфической интоксикации изучена динамика регрессии основных симптомов заболеваний и клинико-биохимических показателей в процессе лечения. Среди 136 больных с активными формами туберкулеза на основании жалоб и объективного состояния больных, к моменту поступления, выраженные проявления интоксикации и симптомов заболевания были у 27 (19,8 %), умеренно выраженные – 101 (74,6 %), отсутствовали – у 8 (5,5 %) больных. К выраженным явлениям интоксикации мы относили повышение температуры тела до фебрильной, изменения в гемограмме: лейкоцитоз свыше $9,0 \times 10^9$ г/л, лимфопению, ускорение СОЭ более 30 мм/час и анемию. Большинство этих больных туберкулезом легких жаловались на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, у больных выслушивалась аускультативно катаральные явления в легких. Пациенты с туберкулезом моче-

половой системы предъявляли жалобы на боли в пояснице, дизурические явления. Костно-суставной туберкулез протекает с болями в костях и суставах с поражением мягких тканей, с образованием в них абсцессов и свищей.

Умеренно выраженными явлениями интоксикации считали повышение температуры тела до субфебрильных цифр, изменения в гемограмме: число лейкоцитов в пределах нормы или $9,0 \times 10^9$ г/л. СОЭ ускорено до 30 мм/час, соответствующими клиническими проявлениями.

В таблице 6 приведена динамика регрессии основных симптомов заболеваний и клинико-биохимических показателей у больных с умеренно выраженными явлениями интоксикации в процессе лечения.

Таблица 6

Регрессия в процессе лечения основных симптомов у больных с умеренно-выраженными явлениями интоксикации

Симптомы интоксикации	до лечения	Всего больных 101 (n-101)							
		Через 2 недели				Через 4 недели			
		исчезновение		сохранение		исчезновение		сохранение	
Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Боль	89	33	37	56	86,2	83	93,8	6	6,2
Температура (субфебрильная)	101	49	48,9	52	51,1	101	100	-	-
Лейкоцитоз до $9,0 \times 10^9$ г/л	95	41	43,2	54	56,8	95	100	-	-
Ускорение СОЭ до 30 мм/час	96	12	13,5	84	86,5	94	98,2	2	2,0
Кашель	85	14	16,6	71	83,4	85	100	-	-
Одышка	67	12	18,3	55	81,7	67	100	-	-
Дизурия	16	2	16,1	14	83,9	14	87,5	2	12,5

Как видно из таблицы 6 через 2 недели после начала лечения у больных с умеренно выраженным явлением специфической интоксикации боли исчезли у 37 % (33), субфебрильная температура нормализовалась у 48,9 % (49), лейкоцитоз снизился у 43,2 % (41), СОЭ нормализовалась у 13,5 % (12) больных. Кашель у 16,6 % (14), одышка у 18,3 % (12) и дизурические явления у 16,1 % (2) больных исчезли. Через месяц боли сохранились у 6,2 % (6) больных, ускорение СОЭ оставалось у 2 % (2) и дизурические явления у 12,5 % (2) больных. У остальных больных все симптомы интоксикации нормализовались.

При изучении динамики регрессии основных симптомов заболеваний и клинико-биохимических показателей у больных с выраженными явлениями специфической интоксикации (таблица 7) выявлено, что через месяц после начала лечения болевой синдром сохранился у 30 % (8), нормализовалась температура тела у 91 % (24), лейкоцитоз у 92 % (24) и СОЭ – 87 % (23) больных. Кашель, одышка и дизурические явления прошли соответственно у 85 % (22), 90 % (24) и 81,8 % (5) больных.

Регрессия в процессе лечения основных симптомов у больных с выраженными явлениями интоксикации

Симптомы интоксикации	до лечения	Всего больных 27 (n-27)							
		Через 2 недели				Через 4 недели			
		исчезновение		сохранение		исчезновение		сохранение	
Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Боль	27	-	-	27	100	19	70	8	30
Температура (субфебрильная)	27	4	14,8	23	85,2	24	91	3	9
Лейкоцитоз до 9.0×10^9 г/л	27	2	7,4	25	92,6	24	92	5	8
Ускорение СОЭ до 30 мм/час	27	1	3,7	26	96,3	23	87	4	13
Кашель	27	-	-	27	100	22	85	5	15
Одышка	27	-	-	27	100	24	90	3	10
Дизурия	6	1	3,7	5	96,3	5	81,8	1	18,2

Таким образом, оптимальными сроками проведения хирургических вмешательств у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом в зависимости от выраженности специфической интоксикации составляет 20 – 30 дней с момента начала краткосрочной контролируемой химиотерапии в условиях стационара.

Больным с острой задержкой мочеиспускания производилось дренирование мочевого пузыря постоянным уретральным катетером на 3 - 4 дня или двух-трехкратной в сутки катетеризацией мочевого пузыря под прикрытием антибактериальной терапии. За 3 - 4 дня больным производилось полное клиническое, лабораторное и рентгенологическое обследование. По истечении этого срока у больных восстанавливалось самостоятельное мочеиспускание, и им производился соответствующий объем оперативного вмешательства в зависимости от функционального состояния почек, печени и других органов, а также выраженности специфической интоксикации. Среди 307 больных ОЗМ было установлено у 16 (5,2%) больных, в том числе у больных без ХПН – 2; с ХПН I стадии – 8 и с ХПН II стадии – 6 больных. У 6 больных с ХПН II стадии имелись сопутствующие заболевания туберкулезной этиологии с явлениями специфической интоксикации. Среди них у 4 больных в результате дренирования мочевого пузыря постоянным уретральным катетером под прикрытием антибактериальной терапии на 3 – 4 суток восстановилось самостоятельное мочеиспускание, у двух больных ОЗМ путем катетеризации мочевого пузыря не разрешилась. Им произведено оперативное вмешательство по поводу ДГПЖ в виде эпицистостомии. У 10 больных (без ХПН -2; с ХПН I стадии – 8) ОЗМ было диагностировано у лиц с МОИ и БОИ перенесенного туберкулеза легких и посттуберкулезным пиелонефритом, т. е. ак-

тивного туберкулеза со специфической интоксикацией отсутствовал. Им в плановом порядке производилось одномоментное удаление ДГПЖ.

С парадоксальной ишурией (ДГПЖ III стадии) поступили 12 (3,9 %) больных. Из них 6 больных с активным туберкулезом легких со специфической интоксикацией, выраженной легочно-сердечной недостаточностью, осложненной ХПН II стадии. Этим больным при поступлении в клинику произведено оперативное вмешательство в виде эпицистостомии. Через 2 месяца 4 больным после проведенного комплексного лечения, в связи со стабилизацией туберкулезного процесса, улучшением деятельности легочно-сердечной системы и нормализацией функций почек произведен второй этап хирургического лечения – радикальное удаление ДГПЖ. Двое больных с деструктивным туберкулезом легких с выраженными симптомами специфической интоксикации и легочно-сердечной недостаточности остались с постоянной эпицистостомией. Шесть больных (двое больных с инфильтративным туберкулезом легких, осложненный туберкулезным менингитом; один больной с туберкулезом нижнегрудного отдела позвоночника с нарушением функций тазовых органов; трое больных кавернозным туберкулезом почек) ДГПЖ III стадии с явлением туберкулезной интоксикации, выраженной легочно-сердечной недостаточности, осложненной ХПН III – IV стадий остались пожизненно с эпицистостомией.

Среди 171 больного туберкулезом легких, страдающих ДГПЖ, одномоментное удаление ДГПЖ было произведено 124 (73 %) больным, у которых имелись только МОИ и БОИ перенесенного туберкулеза и инфильтративный туберкулез легких в стадии рассасывания. Двухэтапному удалению ДГПЖ подвергались 39 (23 %) больных, в связи с наличием у них деструктивных форм туберкулеза легких с выраженными симптомами туберкулезной интоксикации и легочно-сердечной недостаточности, осложненной ХПН III стадии, первый этап операции ограничивался эпицистостомией. После снятия специфической интоксикации, улучшения деятельности легочно-сердечной системы и нормализации функции почек произведен второй этап - удаление ДГПЖ.

Восьми (4 %) больным - с деструктивным туберкулезом легких: двое с инфильтративным туберкулезом легких, осложненным туберкулезным менингитом и нарушением функций тазовых органов; двое с двусторонним инфильтративным туберкулезом легких; четверо диссеминированным туберкулезом легких с выраженной туберкулезной интоксикацией, легочно-сердечной недостаточностью, осложненной ХПН III – IV стадии по жизненным показаниям произведено оперативное вмешательство в виде эпицистостомии.

Среди 44 больных туберкулезом костно-суставного аппарата в сочетании с ДГПЖ 29 (65,9 %) больным с неосложненными формами туберкулеза кост-

но-суставной системы было произведено одномоментное удаление ДГПЖ.

В случаях сочетания ДГПЖ с туберкулезным поражением нижнегрудного отдела позвоночника, осложненного парапарезом нижних конечностей с нарушением функции тазовых органов, удаление ДГПЖ осуществлялось только через 3-4 месяца после операции абсцессонекрэктомии позвоночника, по снятии компрессии спинного мозга и улучшении функции тазовых органов. Этого контингента больных у нас было под наблюдением три человека. С учетом общего состояния и степени нарушений функции тазовых органов производились: двум - двухэтапное удаление ДГПЖ, один больной с ХПН III – IV стадии остался пожизненно с эпицистостомией. Из 10 больных туберкулезом пояснично-крестцового отдела позвоночника шести больным с ХЗМ осложненной ХПН II – III стадии произведено при поступлении в клинику оперативное лечение в виде эпицистостомии, а через 2 месяца после операции абсцессонекрэктомии и после нормализации функции почек произведен второй этап – удаление ДГПЖ на фоне проведенной интенсивной химиотерапии с хорошим результатом. Двое больных туберкулезом поясничного отдела позвоночника в сочетании с инфильтративным туберкулезом легких с выраженной специфической интоксикацией, легочно-сердечной недостаточностью и ХПН III – IV стадий остались с постоянной эпицистостомией. Четырем больным поступившим с надлобковым мочевым свищем (2 – туберкулез поясничного отдела позвоночника; 2 – туберкулез тазобедренного сустава) произведен второй этап удаления ДГПЖ через 2 месяца после операции на позвоночнике и суставах.

Наличие ДГПЖ у больных туберкулезом мочевой системы диктует необходимость хирургического лечения, так как подобное состояние способствует прогрессированию специфического процесса. Однако, подобная терапия возможна лишь при условии отсутствия осложняющих моментов (хроническая почечная недостаточность, рецидивирующие атаки присоединившейся вторичной инфекции верхних мочевых путей и др.).

В связи с этим, необходим строго дифференцированный подход к выбору метода радикального лечения ДГПЖ у указанного контингента больных. Так, из 92 больных туберкулезом мочеполовой систем одномоментное удаление ДГПЖ произведено 68 (85,8 %) больным (среди которых был установлен у 14 - туберкулезный папиллит; туберкулезный орхоэпидидимит - у 8, посттуберкулезный пиелонефрит - 46) двухэтапное удаление произведено 11 (11,9 %) больным. Причинами двухэтапного удаления ДГПЖ явились: туберкулезный орхоэпидидимит с острым течением с высокой температурой тела до 38 – 39 °С и туберкулезной интоксикацией у трех; атаки восходящего пиелонефрита у четырех, а у четырех больных ХПН II – III стадии. Второй этап удаления ДГПЖ произведен также 8 (8,5 %) больным, поступившим в клинику с надлобковым мочевым свищем, который был наложен в других кли-

никах по экстренным показаниям. 5 (5,7 %) больным туберкулезом почек (кавернозный туберкулез почек - 3, туберкулезный папиллит - 1 и посттуберкулезный пиелонефрит - 1), осложненным ХПН III-IV стадии произведена по жизненным показаниям эпицистостомия.

Таким образом, ДГПЖ у больных туберкулезом усугубляет течение туберкулезного процесса, в связи, с чем возникает необходимость оперативно-го вмешательства.

Одномоментное удаление ДГПЖ показано больным с БОИ и МОИ перенесенного туберкулеза легких, а больным активным туберкулезом легких - на фоне проведения краткосрочной контролируемой химиотерапии после нормализации нарушенных показателей, связанной со специфической интоксикацией и при отсутствии выраженной легочно-сердечной недостаточности. У больных туберкулезом мочеполовой системы при условии отсутствия осложняющих моментов (ХПН, рецидивирующие атаки присоединившейся вторичной инфекции верхних мочевых путей и др.).

Основными причинами двухэтапного удаления ДГПЖ были тяжелые деструктивные формы туберкулеза легких с туберкулезной интоксикацией, выраженная легочно-сердечная недостаточность, атаки восходящего пиелонефрита и интермитирующая стадия хронической почечной недостаточности.

Больным туберкулезным менингитом, деструктивными формами туберкулеза легких с выраженной легочно-сердечной недостаточностью, а также туберкулезом позвоночника, осложненным нарушением функций тазовых органов, оперативное вмешательство должно производиться по поводу ДГПЖ только по жизненным показаниям и ограничиваться эпицистостомией с последующей радикальной операцией при условии стабилизации специфического процесса и отсутствии симптомов легочно-сердечной недостаточности.

Оптимальные сроки проведения хирургических вмешательств по поводу ДГПЖ у больных активным туберкулезом в зависимости от выраженности специфической интоксикации составляют 20 – 30 дней с момента начала краткосрочной контролируемой химиотерапии больных в условиях стационара.

ВЫВОДЫ

1. Установлено, что у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом в 56,6 % случаев выявляется туберкулез органов дыхания, у 30 % - туберкулез мочеполовой системы, и у 13,4 % - туберкулез костно-суставного аппарата. Среди больных активным туберкулезом органов дыхания в 89 % случаев установлена инфильтративная форма туберкулеза, в 11 % случаев – диссемини-

рованный туберкулез легких, в 39,3 % случаев в мокроте найдены МБТ. Следовательно, существует бесспорная взаимоотношенность ДГПЖ и заболеваний туберкулезной этиологии, что необходимо учитывать при определении показаний и объема оперативного вмешательства у данной категории больных.

2. Функциональное состояние почек у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом различных органов снижено. Снижение функций почек зависит не только от заболевания почек, но и от нарушений уродинамики верхних мочевых путей, обусловленных ДГПЖ, а так же от выраженности специфической интоксикации. Для нормализации функционального состояния почек необходимо проведение в предоперационном периоде лечения противотуберкулезными препаратами для снятия специфической интоксикации организма и нормализации парциальных функций почек и других органов.

3. Выявленные изменения в функциональном состоянии печени обуславливались длительностью, тяжестью специфической интоксикации, выраженности ХПН и наличием заболеваний желудочно-кишечного тракта. Сопоставление результатов исследования функций печени и почек показало что, чем глубже нарушение парциальных показателей почек, тем более выражены расстройства функциональной деятельности печени. Следовательно, в комплексе до и послеоперационной корригирующей терапии необходимо включить препараты, улучшающие функциональное состояние печени.

4. Изучение иммунологической реакции организма у больных ДГПЖ в сочетании с туберкулезом, показало определенные закономерности между степенью ХПН и нарушением иммунитета. Анализируя клинико – иммунологические данные в соответствии со стадией ХПН в каждом определенном случае, можно сделать заключение, что в прогнозировании результатов оперативного лечения, наряду с общеклиническими критериями, имеют большое значение данные изменения в иммунной системе организма.

5. Эффективность краткосрочной контролируемой химиотерапии впервые выявленных больных туберкулезом легких в сочетании с ДГПЖ в сравнении с традиционными методами химиотерапии по срокам и частоте абциллирования и заживления деструктивных изменений выше. Краткосрочная контролируемая химиотерапия впервые выявленных больных туберкулезом легких краткосрочными курсами приводила к раннему абциллированию в 83,3 % случаев, против 61 %, заживление полостей распада – в 55 %, против 20 % случаев при традиционных методах химиотерапии.

6. Одномоментное удаление ДГПЖ показано больным с БОИ и МОИ перенесенного туберкулеза легких, а больным активным туберкулезом легких на фоне проведения контролируемой краткосрочной химиотерапии после нормализации нарушенных показателей, связанных со специфической интоксикацией и отсутствии выраженной легочно-сердечной недостаточности. Ос-

новными причинами двухэтапного удаления ДГПЖ были тяжелые деструктивные формы туберкулеза легких с туберкулезной интоксикацией, выраженная легочно-сердечная недостаточность, атаки восходящего пиелонефрита и интермитирующая стадия хронической почечной недостаточности.

7. Больным туберкулезным менингитом, туберкулезом позвоночника, осложненными нарушениями функций тазовых органов, а также деструктивным туберкулезом легких с выраженной легочно-сердечной недостаточностью оперативное лечение должно проводиться по поводу ДГПЖ только по жизненным показаниям и ограничиваться эпицистостомией с последующей радикальной операцией при условии стабилизации специфического процесса и отсутствии симптомов легочно-сердечной недостаточности.

8. Оптимальные сроки проведения хирургических вмешательств по поводу ДГПЖ у больных активным туберкулезом в зависимости от выраженности специфической интоксикации составляют 20 – 30 дней с момента начала краткосрочной контролируемой химиотерапии больных в условиях стационара.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При выборе метода оперативного лечения больных с ДГПЖ в сочетании с туберкулезом различных органов для решения вопросов о виде радикального лечения следует учитывать такие факторы, как: локализация, распространенность и фазы туберкулезного процесса, выраженность специфической интоксикации, функциональное состояние почек, печени и других органов.

2. Туберкулезное поражение различных органов у больных ДГПЖ со специфической интоксикацией способствует нарушению функции почек, печени и других систем. Для нормализации функционального состояния и почек, и печени необходимо проведение в предоперационном периоде краткосрочной контролируемой химиотерапии с целью снятия специфической интоксикации организма и нормализации парциальных функций почек и печени.

3. Больным с наличием иммунологического дисбаланса различной степени выраженности при определении показаний и противопоказаний к операции по поводу ДГПЖ в сочетании с туберкулезом наряду с общеклиническими критериями включить данные иммунологического диагностического комплекса имеющие значение в прогнозировании результатов оперативного лечения.

4. Поскольку при ДГПЖ в сочетании с туберкулезом наблюдаются нарушения функции почек и печени, то в комплексе до и послеоперационной корригирующей терапии необходимо включить препараты, улучшающие

функциональные состояния почек и печени (улучшающие микроциркуляцию и гепатотропные препараты).

5. Оптимальные сроки проведения хирургических вмешательств по поводу ДППЖ у больных активным туберкулезом в зависимости от выраженности специфической интоксикации составляют 20 – 30 дней с момента начала краткосрочной контролируемой химиотерапии у больных в условиях стационара.

6. После стационарного хирургического лечения по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы больным с сопутствующим впервые выявленным активным туберкулезом краткосрочной контролируемой химиотерапии следует проводить в стандартизированном режиме при строгом соблюдении всех принципов DOTS стратегии.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Трудоспособность фтизиоурологических больных с единственной почкой // Проблемы туберкулеза. – 1990. - № 7. – С 22-25

2. Хирургическое лечение аденомы предстательной железы у больных туберкулезом при различных его локализациях // Туберкулез: Сб. науч. тр. КыргНИИТ – Бишкек, 1995. – С 116 – 119. (соавт.: Муканбаев К.М., Алиев Т.Э.).

3. Особенности инфекции мочевых путей у больных туберкулезом в сочетании с аденомой предстательной железы // Туберкулез: Сб. науч. тр. КыргНИИТ. – Бишкек, 1995. – С. 119 – 121. (соавт.: Муканбаев К.М., Алиев Т.Э.).

4. К вопросу о показаниях и хирургической тактики лечения аденомы предстательной железы у больных туберкулезом // О реформировании противотуберкулезной службы Республики: Тезисы докладов. – Бишкек, 1996. – С. 101 – 102.

5. Способ резекции почки. Патент №219 от 30.12.1997г. (соавт.: Муканбаев К.М., Алиев Т.Э., Суюнбаев У.З.)

6. Результаты хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных туберкулезом // Актуальные проблемы урологии: Мат. науч. тр. 3-й Республиканской научно-практической конференции урологов. – Бишкек, 1998. – С. 198 - 203.

7. Хирургическое лечение аденомы предстательной железы у больных туберкулезом // Туберкулез: Сб. науч. тр. КыргНИИТ. – Бишкек, 1998. – С. 153 - 157. (соавт.: Алишеров А.Ш., Муканбаев К.М.).

8. Результаты хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных туберкулезом // Туберкулез: Науч. тр. и матер. Межсекторального совещания и Международной конференции «Стратегия DOTS в Кыргызстане. – Бишкек, 2000. – С. 141 - 145.

9. Хроническая почечная недостаточность у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом // Туберкулез: Науч. тр. и материалы Международной конференции «Контроль над туберкулезом в странах Центрально-Азиатского региона». – Чолпон-Ата, – 2003. – С. 90 – 93. (соавт.: Алишеров А.Ш., Кадыров М.А.).

10. Оценка результатов хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных туберкулезом // Туберкулез: Науч. тр. и материалы Международной конференции «Контроль над туберкулезом в странах Центрально-Азиатского региона». – Чолпон-Ата, – 2003. – С. 93 – 95. (соавт.: Алишеров А.Ш., Кадыров М.А.).

11. Реакции иммунитета у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы у больных туберкулезом // Туберкулез: Науч. тр. и материалы Международной конференции «Контроль над туберкулезом в странах Центрально-Азиатского региона». – Чолпон-Ата, – 2003. – С. 93 - 95 (соавт.: Алишеров А.Ш., Кадыров М.А.).

12. Оценка иммунологических показателей у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом // ЦАМЖ. – Бишкек, 2003. – Том IX, приложение 4. – С. 89 - 91. (соавт.: Кадыров М.А.).

13. Особенности хирургического лечения больных туберкулезом с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // ЦАМЖ. – Бишкек, 2003. – Том IX, приложение 4. – С. 99-101. (соавт.: Кадыров М.А.).

14. Функциональное состояние почек у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом // ЦАМЖ. – Бишкек, 2003. – Том IX, приложение 4. – С. 101-104. (соавт.: Кадыров М.А.).

15. Эффективность краткосрочных курсов интенсивной химиотерапии у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом // ЦАМЖ. – Бишкек, 2005. – Том XI, приложение 5. – С. 36-39. (соавт.: Кадыров М.А.).

16. Тактика лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных туберкулезом // ЦАМЖ. – Бишкек, 2005. – Том XI, приложение 5. – С. 84-86. (соавт.: Кадыров М.А.).

17. К вопросу лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в сочетании с туберкулезом // Фтизиопульмонология. – Алматы, 2006. – № 1 (9). – С. 58 - 61. (соавт.: Алишеров А.Ш.).

18. Краткосрочные курсы химиотерапии туберкулеза у лиц пожилого возраста в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Фтизиопульмонология. – Алматы, 2006. – № 1 (9). – С. 55 – 58. (соавт.: Алишеров А.Ш.).

19. Вторичный пиелонефрит при доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных туберкулезом // ЦАМЖ. – Бишкек, 2006. – Том

ХII, приложение 2. – С. 66-68.

20.Функциональное состояние печени у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом // ЦАМЖ. – Бишкек, 2006. - Том XII, приложение 2. – С. 93 – 95.

21.Особенности лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с впервые выявленным туберкулезом // ЦАМЖ. – Бишкек, 2007. - Том XIII, приложение 2. – С. 152 – 154.

22.Состояние иммунной системы у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом, осложненной хронической почечной недостаточностью // ЦАМЖ. – Бишкек, 2007. - Том XIII, приложение 2. – С. 155 – 158.

23.Опыт хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных впервые выявленным туберкулезом // Хирургия Кыргызстана. – 2007. - № 2. – С. 231 – 235.

24.Впервые выявленный туберкулез легких у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в современных условиях // Хирургия Кыргызстана. – 2007. - № 2. – С. 235 – 239.

25.Хирургическое лечение доброкачественной гиперплазией предстательной железы у больных туберкулезом. – Бишкек, – 2007. – 143с.

26.Иммунологические показатели у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом, осложненной хронической почечной недостаточностью. // В кн.: Актуальные вопросы этиологии, патогенеза, профилактики, диагностики и лечения туберкулеза и заболеваний легких. – Кишинев, 2007. – С. 120 – 125.

27.Хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных с впервые выявленным туберкулезом. // Журнал «Здоровье и болезнь». - № 2 (68). – Алматы, 2008. - С. 153 - 157.

28.Клиническая характеристика и лечение больных впервые выявленным туберкулезом легких в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. // ЦАМЖ. – Бишкек, 2008. - Том XIV, № 4.– С. 333 – 335.

29.Комплексное лечение больных туберкулезом в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.// ЦАМЖ. – Бишкек, 2008. - Том XIV, № 4.– С. 335 – 338.

30.Functional Condition of Kidneys at Patients with Benign Hyperplasia of Prostate in Combination to Tuberculosis // The First International Congress of Central Asia Infectious Diseases: Program and abstract book, October 30 – November 02, 2006. – Bishkek, 2006. - P. 136.

31.To Question of Benign Hyperplasia of Prostate at Patients with Tuberculosis //The First International Congress of Central Asia Infectious Diseases: Program and abstract book, October 30 – November 02, 2006. – Bishkek, 2006. - P. 137.

КОРУТУНДУ

А.С. Кадыровдун “Кургак учук оорусу коштогон эркектик жыныс безинин залалсыз шишиги менен жабыркаган бейтаптарды хирургиялык дарылоо” атуу медицина илимдеринин доктору илимий даражасын издеп табуу үчүн жазган 14.00.27 - хирургия; 14.00.26 - фтизиатрия адистери боюнча диссертациясынын кыскача мазмуну

Негизги сөздөр: Эркектеги жыныс безинин залалсыз шишиги, кургак учук, хирургиялык дарылоо.

Изилдөөнүн ченемдери: Эркек жыныс безинин залалсыз шишиги бар кургак учук коштогон 307 оорулуулар.

Изилдөөнүн максаты: Эркек жыныс безинин залалсыз шишигин ар кыл мүчөлөрүндө кургак учук коштогон улгайган эркектерде аныктоо аркылуу жана клиникофункционалдык коштолуудагы өз ара байланыштарын изилдөөнүн негизинде хирургиялык дарылоонун таасирдүүлүгүн арттыруу.

Изилдөө ыкмалары: клиниколабораториялык, рентгенологиялык, радиоизотоптук, КТ, МРТ, УЗИ, бактериокөрүү, бактериологиялык жана иммунологиялык изилдөөлөр.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы: Ар түрдү мүчөлөрдүн кургак учук оорусу эркек жыныс безинин залалсыз шишиги коштогон ооруларда мүнөздөлүп, түзүлүшү аныкталуу аркылуу бөйрөктүн, боордун клиникофункционалдык абалы коштомо, бири-бирин денедө оорлотуучу өз ара байланыштары изилденген.

Биринчи жолу коштолуп, өз ара начарлатуучу оорудагы иммунологиялык касиеттин денедөги абалы клеткалык жана гуморалдык иммунитетти бөйрөктүн функционалдык абалын (өнөкөт бөйрөк жетишсиздигинин стадиясына карата) эсепке алуу аркылуу изилденген.

Биринчи жолу өпкөнүн кургак учугу такталган эркектин жыныстык безинин залалсыз шишиги коштогон улгайган адамдарда көзөмөлдөөчү кыска мөөнөттүү химиотерапиянын таасирдүүлүгү талданган жана биринчи ирет көзөмөлдөөчү кыска мөөнөттүү химиотерапиянын адаттагы химиотерапия ыкмаларына салыштырганда козгогучтан арылуу жана өпкөдөгү кургак учуктун жарасынын айыгыш мөөнөттөрүнүн кыскалыгынын жана тездегинин жогорулугу илимий түрдө негизделген.

Биринчи жолу эркек жыныс безинин залалсыз шишигин ар кыл мүчөлөрдүн кургак учугу коштогон бейтаптарда хирургиялык жол менен дарылоонун оптималдык мөөнөтү бөйрөктүн, боордун жана башка органдардын клиникофункционалдык абалына, кургак учуктун жайылышына, чектелишине жана мүнөздүү уулануунун деңгээлине карата көзөмөлдөөчү кыска мөөнөттүү химиотерапиянын чегинде иштелип чыккан.

Колдонуу тармагы: хирургия, фтизиатрия, урология.

Библиографиясы: 413 колдонулган адабий тизмеден турат, анын ичинде 280 ата мекендик жана жакынкы чет элдик, 133 алыскы чет элдик булактар. Диссертация 44 таблицадан жана 24 сүрөттөр менен көркөмдөлгөн.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Кадырова А.С. «Хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных туберкулезом» представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.00.27 - хирургия; 14.00.26 - фтизиатрия

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, туберкулез, хирургическое лечение.

Объекты исследования – 307 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с туберкулезом.

Цель исследования - повысить эффективность хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных туберкулезом различных органов на основе выявления и изучения клинко-функциональных их взаимосвязей как сочетанной, взаимоотягощающей патологии в организме.

Методы обследования: клинко-лабораторные методы, рентгенологические, радиоизотопные, КТ, ЯМР, УЗИ, бактериоскопические, бактериологические и иммунологические исследования.

Полученные результаты и их новизна: Определена структура, изучен характер заболеваний специфической этиологии различных органов в сочетании с ДГПЖ с характеристикой клинко-функционального состояния почек и печени при сочетанной и взаимоотягощающей патологии в организме.

Впервые изучено состояние иммунологической реактивности организма при сочетанной, взаимоотягощающей патологии путем исследования клеточного и гуморального иммунитета с учетом функционального состояния почек (в зависимости от стадии ХПН).

Проведен анализ эффективности краткосрочных курсов интенсивной химиотерапии при лечении лиц пожилого возраста с впервые выявленным туберкулезом легких в сочетании с ДГПЖ и впервые научно установлено, что эффективность краткосрочной контролируемой химиотерапии в сравнении с традиционными методами химиотерапии по срокам и частоте абацилирования и заживления деструктивных изменений выше.

Впервые разработаны оптимальные сроки хирургического вмешательства у лиц пожилого возраста с ДГПЖ в сочетании с туберкулезом различных органов в зависимости от клинко-функционального состояния почек и печени и других органов с учетом распространенности, локализации туберкулезного процесса и выраженности специфической интоксикации на фоне

краткосрочной контролируемой химиотерапии.

Область применения: хирургия, фтизиатрия, урология.

Библиография: список использованной литературы, включающий 413 источников, из них 280 отечественных и из стран ближнего зарубежья, 133 из стран дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 44 таблицами и 24 рисунками.

RESUME

of the dissertation of A.S. Kadyrov "Surgical treatment of a benign prostatic hyperplasia in elderly patients with tuberculosis" for a doctoral degree of medical science in the specialties 14.00.27 – surgery; 14.00.26 – phthisiology

Key words: benign prostatic hyperplasia, tuberculosis, surgical treatment

Study objects: 307 patients with benign prostatic hyperplasia combined with tuberculosis.

Aim: To increase the effectiveness of surgical treatment of old age persons with benign prostatic hyperplasia combined with tuberculosis of different organs, based on the study of clinico-functional relationships among combined and mutually aggravating diseases.

Methods: clinical-laboratory, radiological, radio-isotopic, CT, NMR, ultrasonic, bacterioscopic, bacteriologic and immunologic tests.

Results and scientific novelty: An assessment was obtained concerning the proportion and description of diseases due to tuberculosis of different organs combined with benign prostatic hyperplasia as well as the clinico-functional state of kidneys and the liver associated with the combined pathology and other mutually aggravating diseases present in a patient.

For the first time the state of immunologic reactivity of patients with combined and mutually aggravating diseases has been studied on the basis of cellular and humoral immunity tests and in relation to the functional state of kidneys (the stage of chronic kidney failure).

The effectiveness of short intensive chemotherapy courses was studied in old age persons with newly detected pulmonary tuberculosis combined with benign prostatic hyperplasia and it has been established for the first time that the effectiveness of short-term observed chemotherapy is higher as compared to conventional chemotherapy methods by the time and the rate of sputum conversion and the healing of destructive changes. For the first time optimal timing has been developed for surgery in old age persons with benign prostatic hyperplasia combined with tuberculosis of different organs and in relation to the clinico-functional state of kidneys and the liver and other organs, taking into consideration the generalization, location, degree of specific intoxication, under short-term observed chemotherapy.

Application area: surgery, phthisiology, urology.