

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*О.С. Александрова*

Научный руководитель – к.м.н. *Барьяш В.В.*

*Белорусский государственный медицинский университет*

Целью данной работы является оценка непосредственных результатов хирургического лечения инвазивных и распространенных форм рака мочевого пузыря в онкоурологическом отделении МГОД в 2000-2002 гг.

За анализируемый период было прооперировано 42 человека (40 мужчин и 2 женщины, средний возраст – 62 года), в том числе со степенью распространения опухоли T<sub>a</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> – 1 человек (2,4%), T<sub>1</sub>m N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> – 7 человек (16,7%), T<sub>2</sub>- mN<sub>0</sub>M<sub>0</sub> – 18 человек (42,9%), T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>-2M<sub>0</sub>-1 – 3 человека (7,1%), T<sub>3</sub>-4 N<sub>0</sub>-2M<sub>0</sub> – 13 человек (30,9%). У 16 человек (38%) выявлен умереннодифференцированный рак, у 13 (30%) – низкодифференцированный, у 4 (9,5 %) – высокодифференцированный, у 9 больных (21,5%) степень дифференцировки была не установлена. По гистологическому строению у подавляющего большинства больных – 40 человек (95%) диагностирован переходно-клеточный рак и у 2 пациентов (5%) – плоско-клеточный.

Хирургическое лечение заключалось в выполнении гемицистэктомии с уретеронеоанастомозом и тазовой лимфаденэктомией у 10 человек и экстирпации мочевого пузыря с тазовой лимфаденэктомией у 32 человек. Цистэктомия выполнялась в случае тотального и субтотального поражения мочевого пузыря; локализации опухоли в области шейки и треугольника Льюто; степени распространенности T<sub>4</sub>; мультицентрического роста опухоли; рецидива заболевания.

После экстирпации мочевого пузыря отведение мочи осуществлялось посредством билатеральной уретерокутанеостомии у 8 больных, билатеральной уретеросигмостомии у 16 больных, ортотопической илеоцистопластики (по Studer, Hautman, модифицированной методике) у 8 больных. Выбор способа отведения мочи после экстирпации мочевого пузыря зависел от распространенности опухолевого процесса и степени выраженности сопутствующей патологии.

Госпитальная летальность составила 4,8% (умерло 2 человека). Причинами явились тромбэмболия легочной артерии и острая почечная недостаточность.

Наибольшая частота поздних послеоперационных осложнений со стороны почек и мочевыводящих путей (обострение пиелонефрита, мочекаменная болезнь, уретерогидронефроз) наблюдалась у больных, перенесших экстирпацию мочевого пузыря с уретеросигмостомией и гемицистэктомию – соответственно у 6 человек (40%) и 3 человек (33,3%).

У всех больных, перенесших ортотопическую илеоцистопластику уретральное мочеиспускание, полное удержание мочи – у 7 пациентов, достигнуто в среднем в течение 3 месяцев после операции.

Постгоспитальная летальность составила 20% (8 человек). На первом году наблюдения основной причиной смерти было прогрессирование опухолевого процесса (в 3 случаях из 5), на втором – почечная недостаточность (в 2 случаях из 3).

## ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ

*О.В. Адерейко, А.Я. Глускина*

Научный руководитель – *Н.А. Емельянова*

*Белорусский государственный медицинский университет*

В настоящее время, когда резко ухудшились социально экономические условия, вновь обратила на себя внимание проблема туберкулеза вообще, а также детского и подросткового туберкулеза в частности.

Нами было проанализировано 35 клинических случаев заболевания туберкулезом легких подростков, находившихся на лечении в БелНИИПиФ. Среди них было 18 юношей и 17 девушек. Из них  $\frac{3}{4}$  составляли городские жители.  $\frac{1}{3}$  больных были подростки из неблагополучных

семей. Специфическая профилактика: данные о проведении первичной профилактики (вакцинация в роддоме) имеется у 28 пациентов (80%), из них только лишь у 7 человек была проведена ревакцинация. Особенностью течения туберкулеза у подростков является малая клиническая симптоматика в начале заболевания при наличии выраженных рентгенологических изменений, что подтверждается и результатами наших исследований. Никаких клинических проявлений при поступлении не было выявлено у 35% пациентов (12 человек). Незначительный интоксикационный синдром (эпизоды субфебрильной температуры, слабость, головная боль, плохой аппетит) наблюдался у 20 % пациентов (7 человек). Умеренно выраженный бронхолегочный синдром (нечастый влажный кашель) - у 45 % (16 человек). При рентгенологическом исследовании было обнаружено: односторонний процесс у 19 человек; двусторонний процесс у 8 человек; деструктивные изменения у 12 человек; Вследствие малых клинических проявлений заболевание в основном выявлялось при профосмотрах: при плановой флюорографии в 35% случаев (13 человек); по выражению туберкулиновой реакции в 15 % (5 человек); У всех пациентов в год поступления наблюдалась положительная (9-17 мм у 21 пациента) или резко положительная (17-25 мм у 14 пациентов) реакция Манту, в 20% случаев болезнь была выявлена у подростков состоящих на диспансерном учете по контакту с больными туберкулезом родственниками. И лишь 30% пациентов диагноз был выставлен при обращении в лечебные организации. Значительно увеличивается риск развития туберкулеза у подростков, которые имели продолжительный контакт с больным родственником. Так, в наших исследованиях у половины пациентов (17 человек) в анамнезе присутствует длительный контакт с больным. В настоящее время среди больных заметно увеличился процент бактериовыделителей. По нашим данным у 35% подростков (12 человек) при бактериоскопии и культуральном исследовании мокроты выявлялись микобактерии туберкулеза. При этом в половине случаев (5) наблюдалась полирезистентность. Туберкулез у подростков лечили стандартным схемам, а при наличии устойчивости – препаратами, к которым резистентность не наблюдалась. Что касается исходов заболевания, то в абсолютном большинстве случаев (33) больные выписывались домой с заметными улучшениями в стадии рассасывания и уплотнения. Но в 2 случаях после лечения в стационаре в течение 8 месяцев улучшения не наблюдалось.

Проанализировав данные случаи можно сделать следующие выводы: имеется явная социальная направленность процесса; в современных условиях туберкулез у подростков протекает бессимптомно и в большинстве случаев выявляется при профосмотрах или на диспансерном учете по контакту с больным туберкулезом родственником; увеличивается количество бактериовыделителей и полирезистентность к противотуберкулезным препаратам; отмечается тенденция к хронизации процесса;

## **ЗАВИСИМОСТЬ АДГЕЗИИ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТ ШЕРОХОВАТОСТИ ПОВЕРХНОСТИ ПЛАСТМАССОВЫХ ОБРАЗЦОВ**

*А.Э. Белогуров*

Научный руководитель – *Т.Н. Манак*

*Белорусский государственный медицинский университет*

Цель исследования. Определение шероховатости поверхности базисной пластмассы, прилегающей к слизистой протезного ложа и изучение адгезии микроорганизмов к внутренней поверхности базиса протеза в зависимости от типа модельного материала.

Материал и методы. В качестве модельных материалов использовались  $\alpha$ - и  $\beta$ -модификации полуводного гипса. Из каждой группы модельных материалов отливало по 20 моделей, имеющих форму цилиндра диаметром 30 мм и высотой 5 мм. Отливка моделей проводилась по общепринятой методике с использованием вакуумного замеса. По изготовленным моделям были получены образцы из пластмассы «Этакрил» методом горячей полимеризации под давлением. Поверхность пластмассы, прилегающая к гипсу не обрабатывалась [1]. Образцы исследовались на растровом электронном микроскопе (РЭМ) Hitachi S-806 (Япония) при 5000-кратном увеличении. Шероховатость поверхности полимерных образцов определялась по стандарту ISO Р 468 на профилометре Taly-step (Англия) на базе НПП Бел микросистемы. Сущ-