NEW TRENDS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RENAL TUBERCULOSIS

T. Andreev

SUMMARY

The difficulties are discussed of diagnosis of the early forms of renal tuberculosis. As a secondary disease it may be searched for among patients found under dispensary control for some other more easily detectable forms of tuberculosis. Every nuclear case of piuria should be considered suspicious of being of specific character. When X-ray data are lacking, the detection of tuberculous bacilli in the urine and cytolysis of urinary leucocytes should serve as confirmation criteria.

Renal tuberculosis may be cured through conservative means. The following complications of treatment may be observed:

1. Resistance of tuberculous bacteria. It is easily overcome by cyclozerine and PAS administered intravenously.

2. Structures of the ureters arising as a result of the healing process. They may be avoided or favourably affected by cortisone.

КЪМ ХИРУРГИЧНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАНКРЕАТИЧНИТЕ ПСЕВДОКИСТИ

П. Алтънков,.П. Петков

Панкреатичните псевдокисти съставляват според Probstein 1,4% от заболяванията на панкреаса. Eastman при 13 болни с псевдокисти на панкреаса намира причинна връзка със следните етиологични моменти: при 4 болни — с прекарана коремна травма, при четири — с прекаран панкреатит, при трима – причината е неустановена, у един болен — с прекаран инфаркт на панкреаса и у друг болен — с понесената травма от стомашна резекция. Най-честият симптом на заболяването е тумор-ната маса в епигастриума. Rienhoff я намира в 17 от 24 болни с псев-докисти на панкреаса.

Wangh и Lynn я отбелязват 35 пъти сред 58 болни с псевдокисти на панкреаса, при 5 болни наблюдавали жълтеница и 6 от техните болни имали клинични оплаквания за висока обструкция на храносмилателния тракт. Същите автори само при 9 болни са наблюдавали повръщания.

Болката е следващият по честота симптом на панкреатичните псев-докисти.

Хирургическите методи на лечение на това заболяване, към които ние искаме да вземем отношение, са единствено ефикасни. Техният исторически преглед ни позволява да ги подредим в 7 групи.

1. Външният дренаж на панкреатичните псевдокисти е предприет от Le Dentu още през 1865 год. и е най-старият хирургически метод.

Ето едно наше наблюдение, където приложихме директен външен дренаж на панкреатична псевдокиста:

Болната Н. Х. К., на 52 год. Ист. на забол. № 4496 от 5. IV. 1965 год.

Из епикризата. От 1 месец след силни болки в горната част на корема, за които е била на лечение в гр. Попово, болната е получила бучка в епигастриума. При операцията се намери панкреатична псевдокиста с големина на детска глава, стената на която се състоеше от едемна и леко кръвонаседнала сероза, подплатена от мастноподобна тъкан. Предприе се директна марсупиализация на кистата. Следоперативният период мина гладко.

При обширни руптури на панкреатични псевдокисти и днес е най-целесъобразно да се предприеме външен дренаж на bursa omentalis (Багриновски). Ние имахме една такава болна.

Болната П. Г. П., на 42 год. Ист. на забол. 12457 от 22. XII. 1961 год.

Из анамнезата. От 7—8 месеца болната чувствува подутина и има слаби болки в горната част на корема. Преди няколко часа получила внезапно силни болки в епигастриума и чувствувала целия си корем подут.

Из статуса. Коремът е на нивото на гръдния кош, с меки стени и при палпация в епигастриума се намира окръглен тумор, голям колкото два мъжки юмрука, с неравна повърхност. Болната е бледа, с мек пулс и отпусната.

Из лабораторните изследвания: левкоцити 13 000, диастаза в урината — 126 волгемутови единици.

Из декурзуса. След реанимация състоянието на болната се възстанови и тя прекара първите 18 дни в сравнително добро общо състояние. На 2. I. 1962 г болната получи силни болки и постоянна тежест в епигастриума и многократно повръщане. На 3. I. 1962 год. се предприе лапаротомия, при която bursa omentalis се намери изпълнена с бистра муцилагинозна течност и перитонеумът й покрит с фибринови налепи и зачервен. Foramen epiploicum се намери закрит от сраствания и налепи. При огледа на панкреаса се намериха руптурирана панкреатична киста и втора неруптурирана в главата на панкреаса, която също се отвори в bursa omentalis и последната се марсупиализира. Взетият материал от стената на кистата показва „псевдокиста".

В следоперативния период от бурзата изтичаха муцилагинозна материя и фибринови налепи. Постепенно кухината се изчисти и раната се затвори. Болната се изписа здрава и при следващите контролни прегледи се чувствуваше добре.

2. Вътрешният дренаж на псевдокистата в стомаха е описан за първи път от Jurasz в 1931 год. У нас с този метод има съобщения за добри следоперативни резултати. Други автори съобщават, че са загубили болни от кръвоизливи при руптури на вените в стената на кистата (Kafka, Franke и др.), а Maxeiner имал случай на кръвоизлив от язвата в мястото на анастомозата.

3. Вътрешният дренаж е направен в 1911 год. от Ombredanne посредством една кистодуоденостомия.

Ние се ползувахме от този метод с много добър следоперативен резултат:

Болната Ж. М. В., на 30 год., ист. на забол. № 1942 от 20. II. 1960 год.

Из анамнезата. От една година болната има тъпи болки и чувствува подпиране и тежест в горната част на корема.

Из статуса. При палпация в епигастриума се намира леко болезнен тумор, голям колкото портокал.

Из декурзуса. При лапаротомията в тялото на панкреаса се откри киста с добре оформена съединителнотъканна капсула. Операцията завърши с кистодуоденостомия. Следоперативният период мина гладко и болната се изписа на 15-ия ден след операцията здрава.

4. Вътрешният дренаж чрез кистоиеюностомия по техниката на Ру е осъществена от Shumacker, 1954 год.

5. Каникуларният дренаж на псевдокистата в панкреатичния канал с пластика на m. Sphincter Oddi е реализиран от Doubilet и Mulhalland в 1953 година.

6. Кистохолецистомията при нормални жлъчни пътища е направена за първи път от Neuffer в 1932 година. Кистостомия в жлъчния проток не срещнахме описана в литературата.

7. Ексцизията на псевдокистата се приема от редица автори като метод по избор, но според Zaoussis тя е възможна в по-малко от $^1/_4$ от случаите. При това съществува опасност през време на ексцизията или след нея да се явят кръвотечения, които трудно се овладяват.

Ние се ползувахме от ексцизията при един болен с псевдокиста:

Болният П. Ц. Т., на 51 год. Ист. на забол. № 1760 от 14. II. 1953 год.

Из анамнезата. През 1952 год. паднал при строеж и около три седмици имал силни болки в горната част на корема и кръста. По-късно се появило чувство на постоянно раздуване в горната част на корема. От две седмици има болки в епигастриума и забелязал, че изпражненията му станали безцветни.

Из статуса. При палпацията на корема в епигастриума се опипва слабо болезнен тумор с големина колкото мъжки юмрук.

Из декурзуса. Още същия ден се предприе лапаротомия, при която се откри киста, изхождаща от главата на панкреаса. Предприе се ексцизия на стената на кистата и само малка част от нея се остави, като се плисира и перитонизира. Хистологичното изследване показа „плътна съединителна тъкан, на места с неспецифични хронични изменения". Следоперативният период мина гладко и болният беше изписан на 20-ия ден здрав. Тринадесет месеца след операцията болният постъпи отново с остра панкреатична некроза и завърши летално. Ние смятаме, че ексцизията е изиграла роля на етиологичен момент за некрозата.

В заключение въз основа на нашия опит и на литературните данни можем да потвърдим, че при руптурирани панкреатични псевдокисти в bursa omentalis външният дренаж на бурзата дава добър следоперативен резултат. При псевдокисти с недобре оформена съединителнотъканна капсула е показана директната им марсупиализация. При запазени панкреатични псевдокисти със здрава съединителнотъканна капсула за предпочитане е някой от методите на вътрешния дренаж, като най-добре ще бъде да се осъществи с дуоденума, иеюнума и в краен случай — със стомаха. Ексцизията на панкреатичната псевдокиста, колкото и да е радикален метод, е тежка травма за панкреаса и освен кръвотеченията в акта на самата операция може да се усложни по-късно с остра панкреатична некроза.

КНИГОПИС

1. Багриновски, Ю. Л. К вопросу об оперативной лечении свищи поджелудочной жлезы, Нов хир. архив, № 3, 1962. — 2. Eastman, P. E. — Pseudocystis of the pancreas. Ann. Surg., 1961, 154, 6, 231—238. — 3. Govaerts, J. P. Le traitement des pseudokystes du pancreas. Act. Gast.—Enterol. Belgica, 1963, vol. 26, mars, fasc. 3. — 4. Wangh, J. M. T. E. Lynn. Clinical and surgical aspects of pancreatic pseudocyst. Arch. Surg., 1958, 77, 46.