УДК 616.61-002.5-089

ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Муканбаев К.М.

Национальный центр фтизиатрии, Бишкек, e-mail: atyrkul7@gmail.com

Проведено исследование неотложных состояний у больных туберкулезом мочеполовой системы. Всего наблюдалось 829 больных туберкулезом мочеполовых органов. Из них с туберкулезом мочевой системы 597 больных и туберкулезом половых органов 232 больных. Среди 597 больных с туберкулезом мочевой системы у 85 (14,2%) пациентов возникли неотложные состояния, потребовавшие экстренного хирургического вмешательства в различных вариантах в мочевой системе. При прогрессировании туберкулезного процесса в половых органах из 232 больных у 57 (24,6%) в результате абсцедирования и развития флегмоны мошонки применялись неотложные хирургические вмешательства.

Ключевые слова: туберкулез мочеполовой системы, неотложные состояния, хирургическое лечение

EMERGENCY OPERATIONS FOR TUBERCULOSIS OF THE GENITOURINARY SYSTEM

Mukanbaev K.M.

National Center for Phthisiology, Bishkek, e-mail: atyrkul7@gmail.com

A study of emergency conditions in patients with tuberculosis of the genitourinary system was carried out. A total of 829 patients with tuberculosis of the urogenital organs were observed. Of these, with tuberculosis of the urinary system in 597 patients and tuberculosis of the genitals in 232 patients. Among 597 patients with urinary tract tuberculosis, 85 (14.2%) patients developed emergency conditions requiring urgent surgical interventions in various variants in the urinary system. With the progression of the tuberculosis process in the genitals of 232 patients, urgent surgical interventions were used in 57 (24.6%) as a result of abscess formation and development of scrotum phlegmon.

Keywords: tuberculosis of the genitourinary system, emergency conditions, surgical treatment

Актуальность исследования

Туберкулез системы мочеполовой (МПС) считается хроническим заболеванием, однако симптоматика и клиническая картина его полиморфны и характеризуются отсутствием параллелизма между степенью поражения почки и общим состоянием больных. Поэтому В.Д. Грундом (1975) было отмечено, что туберкулез (ТБ) МПС является одним из самых частых «мистификаторов» среди болезней почек и мочеполовых путей. У многих больных первичное клиническое проявление заболевания может быть острым с последующим переходом в хроническую форму. Это зачастую возникает при применении антибиотиков широкого спектра действия [2, 3, 5, 8, 9]. В клинике урогенитального ТБ нередко возникают состояния остро текущей клинической картины. Однако этот факт недооценивается как врачами-клиницистами, так и самими больными [1, 6, 7].

Наиболее часто это имеет место у групп пациентов с поражением половой системы, когда имеется абсцедирующий процесс в области мошонки, поражение задней уретры, предстательной железы, а также вовлечение в воспалительный процесс шейки мочевого пузыря [4]. Адекватные лечебные меропри-

ятия в этот период зачастую не проводятся, а назначается лишь терапия антибиотиками широкого спектра действия.

Целью исследования является анализ неотложных состояний, возникающих при туберкулезе мочеполовых органов.

Материалы и методы исследования

Всего наблюдалось 829 больных с туберкулезом мочеполовых органов, из них с туберкулезом мочевой системы – 597 больных, половой системы – 232 пациентов. Из 597 больных у 85 (10,3%) больных, вследствие прогрессирования воспалительного процесса в почках, мочеточниках, уретре развились неотложные состояния, потребовавшие срочных оперативных вмешательств.

Результаты исследования и их обсуждение

Срочная нефрэктомия в связи с ухудшением общего состояния больных (появление приступов болей в области почки, лихорадочного состояния и ознобов) произведена 12 (14,1%) из 341 по поводу поликавернозного туберкулеза почки. У всех 12 больных при морфологическом исследовании удаленной почки, наряду с активными туберкулезными кавернами, отмечалась диссеминация процесса в паренхиму почки, т.е. прогрессирующее течение.

Одной из причин, способствовавших диссеминации туберкулеза и прогрессированию параспецифического пиелонефрита, явилось нарушение уродинамики на фоне стриктуры мочеточника. У 9 (10,6%) больных с двусторонним туберкулезом не функционирующей контрлатеральной почкой возникла анурия в результате прогрессирования структуры нижней трети мочеточника на фоне распространенного деструктивного туберкулеза почки и язвенного туберкулеза мочевого пузыря с исходом в микроцистис. Разрешить анурию у 5 больных удалось катетеризацией мочеточника, нефростомия произведена 4 больным.

Неотложное оперативное вмешательство произведено 7 (8,2%) больным с острой задержкой мочеиспускания. 5 из них страдали ТБ почек, язвенным ТБ мочевого пузыря и прогрессирующим ТБ простаты. В процесс была вовлечена уретра – у двоих со стриктурой уретры. Всем больным произведена эпицистостомия. Со стриктурой уретры двоим больным мочеиспускание восстановлено проведением реконструктивно-восстановительной операции – пластикой уретры «конец в конец».

При остром прогрессирующем течении ТБ орхоэпидидимита с наличием абсцедирования и флегмоны мошонки из 232 больных у 57 (24,6%) больных принимались меры неотложного характера, а именно – вскрытие содержимого мошонки для предупреждения гнойного расплавления яичка. В последующем, по мере стихания острых явлений и отграничения воспалительного очага, вторым этапом выполнялись соответствующие операции.

Остро текущие процессы имеют место и в клинике ТБ почек и мочевых путей. По мере прогрессирования изменений в почках, особенно при поражении мочеточников и мочевого пузыря, клиника заболевания становится более выраженной, появляются жалобы, заставляющие больного обратиться за медицинской помощью. Вслед за прогрессированием туберкулезного процесса с развитием инфильтрации и отека, обтурацией казеозными массами и стеноза мочеточника наступает окклюзия верхних мочевых путей, возникает внутрилоханочная гипертензия вследствие продолжающегося поступления мочи в лоханочную систему и мочеточник, несмотря на его окклюзию. Вследствие выше перечисленных причин, обусловленных прогрессированием воспалительного процесса в почке, уретре, сопровождающихся нарушением пассажа мочи наступают неотложные состояния, требующие срочных вмешательств. Ярким примером тому является наше наблюдение:

Больной H-ев Б., 1973 г.р., ист. б-ни Neq 932 поступил в урогенитальное отделение НЦФ 14.05.2011 г. с жалобами на боли в пояснице справа, периодически приступообразного характера, слабость, потливость по ночам, повышение температуры до 39°C, наличие гематурии и частое болезненное мочеиспускание до 30–35 раз.

Из анамнеза: больным себя считает более 2 лет, когда впервые появились боли в правой поясничной области и внизу живота, учащенное мочеиспускание. Лечился по месту жительства от пиелонефрита, простатита и цистита. В мае 2011 года госпитализирован в РНЦУ НГ МЗ КР, где при обследовании было подозрение на онкозаболевание мочевой системы и в связи с чем был направлен в КНИИОиР, диагноз не был подтвержден. После нашей консультации был выставлен диагноз: Двусторонний ТБ почек с выключением функции правой почки. Гидроуретеронефротическая трансформация слева, стриктура н/з левого мочеточника. Микроцистис (ем. 25–30 мл).

По вышеуказанной причине переведен в НЦФ, в урогенитальное отделение. После плановых обследований дополнительно выявлен инфильтративный туберкулез верхних долей легких БK(+).

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание жесткое. Сердечные тоны ритмичные, ясные. A/Д - 100/60 мм рт. ст.

Живот пальпаторно мягкий, болезненный в проекции почек, симптом поколачивания по XII ребру положительный с обеих сторон, резкая болезненность над лоном и в левой подвздошной области по ходу мочеточника. Мочеиспускание частое, через каждые 20–30 мин., болезненное, с наличием макрогематурии. При катетеризации уретра резко болезненная и имеется препятствие в простатическом отделе, емкость мочевого пузыря 15–25 мл (рис. 1 и 2).

На в/в экскреторной урограмме: функция левой почки сохранена на 20 мин. множественные расширенные бокалы, лоханка резко расширена, мочеточник до мочевого пузыря расширен с перегибами, в предпузырном отделе — сужение на 120 минуте более тугое заполнение ЧЛС и мочеточника (рис. 1). Функция правой почки отсутствует, в отсроченном снимке на 120 мин. (рис. 2) — прослеживаются нечеткие увеличенные контуры почки. Мочевой пузырь имеет форму змеи, резко уменьшен в размере (микроцистис).

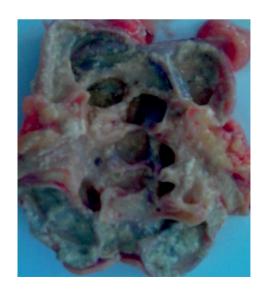


Рис. 1. Экскреторная урография 20 мин. б-го Н., 28 лет



Рис. 2. Экскреторная урография 120 мин. б-го Н., 28 лет





Puc. 3. Макропрепарат удаленной почки больного: внешний вид и на разрезе почки — множественные кавернозные полости

С момента поступления больному назначено лечение по I категории DOTS: изониазид 0,6 мг, рифампицин 0,6 мг, этамбутол 1,7 мг, пиразинамид 1,0 мг рассасывающая и дезинтоксикационная терапия. Несмотря на проведенное лечение у больного появились частые приступы почечной колики слева, ноющие боли справа, повышение температуры тела до 38–39°С. Отмечено отсутствие мочи в течение суток.

Функциональные показатели почек: мочевина сыворотки крови 13,4 ммоль/л, креатинин крови 187 мкмоль/л (при норме 60–115 мкмоль/л).

Учитывая тяжесть состояния, ухудишающуюся в динамике, было решено провести неотложное оперативное вмешательство. Запланирована операция — уретерокутанеостамия слева, по показаниям — нефрэктомия справа. 16.06.2011 г. с целью дезинтоксикации и восстановления уродинамики выполнено одномоментная операция уретерокутанеостамия слева и нефрэктомия справа.

Макропрепарат (рис. 3) – удаленная почка резко увеличена в размерах, поверхность почки бугристая, флюктуирующая. На разрезе казеозно-гнойное содержимое. Множественные кавернозные полости покрытые казеозно-некротическими массами. Лоханка сужена жировым перерождением.

Гистологическое заключение: в препарате № 5777 удаленной почки кавернозный туберкулез почки в фазе прогрессирования. В паренхиме обширные очаги казеозного некроза, участки специфической инфильтрации. Фокус казеозного некроза с продуктивной перифокальной реакцией и с гнойным расплавлением казеоза.

В послеоперационный период уже в первые сутки отмечалась положительная динамика, температура тела начала снижаться, приступов боли не было. Во вторые и третьи сутки, отмечена полиурия через уретеростомическую трубку до 3000 мл мочи, затем нормализация до 1500 мл на 4 сутки.

Послеоперационный период протекал гладко, швы были сняты на 8–9 сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Общее состояние больного улучшилось, симптомы интоксикации исчезли, функциональные показатели единственной левой почки улучшились. Мочевина и креатинин крови снизились до 7,2 ммоль/л. и 63 мкмоль/л.

Через месяц больной выписан для санаторного лечения. В дальнейшем запланирована реконструктивно-восстановительная операция на мочевом пузыре. Данный случай является примером несвоевременной диагностики за 2-летний период, что привело к осложнению заболевания вплоть до развития неотложного состояния больного.

Выводы

1. Неотложные состояния у больных ТБ МПС обусловлены: прогрессированием ТБ процесса в почке (преимущественно) и значительно реже – обострением параспецифического пиелонефрита в условиях нарушенного оттока мочи; обтурацией мочеточника

известковыми отложениями, гнойными хлопьями, нарастанием рубцовых изменений в нижней трети его; вовлечением в ТБ процесс мочеиспускательного канала (у больных ТБ простаты) с образованием стриктур.

2. Следует отметить, что среди больных, страдающих ТБ МПС, неотложные состояния, потребовавшие срочных вмешательств, были обусловлены прогрессированием воспалительного процесса в почке, мочеточнике, уретре, что сопровождалось нарушением пассажа мочи и способствовало вторичному камнеобразованию, прогрессирование ТБ процесса в половых органах, абсцедирование и флегмонозное изменение.

Доказательством этих явлений служит вышеприведенное наблюдения.

Список литературы

- 1. Зубань О.Н., Ягафарова Р.К. Интерстициальный цистит и туберкулез мочевыделительной системы // Российская урология на пороге третьего тысячелетия. М., 2000. С. 115.
- 2. Зубань О.Н. Особенности хирургического лечения уротуберкулёза // Фтизиоурология современный взгляд на диагностику и лечение. Ростов-на-Дону, 2007. С. 22–25.
- 3. Камышан И.С. Руководство по туберкулезу урогенитальных органов. Киев: ЗАТ «НИЧЛАВА», 2003. 495 с.
- 4. Мочалова Т.П. Туберкулез мочеполовой системы: руководство для врачей Медицина. 1993. 256 с.
- 5. Нерсесян А.А. Особенности клинического течения, диагностики и лечения мочеполового туберкулеза: автореф. дис. . . . д-ра мед. наук: по шифрам специальности 14.00.26, 14.00.40. М., 2007. 38 с.
- 6. Нерсесян А.А., Меркурьева Я.А. Эффективное лечение туберкулезного уретерита с помощью длительного стентирования мочеточника и подбора рациональной комплексной терапии // Проблемы туберкулеза и болезней легких. -2006. № 5. С. 41–45.
- 7. Buchholz N.P. Salahuddin S., Haque R. Genitourinary tuberculosis: a profile of 55 in-patients // J Pak Med Assoc. 2000. Vol. 50, N 8. P. 265-269.
- 8. Chijioke A. Current concepts on pathogenesis of renal tuberculosis // West Afr J Med. 2001. Vol. 20, № 2. P. 107–110.
- 9. McAleer S.J., Johnson C.W., Johnson W.D. Genitourinary tuberculosis // Campbell-Walsh urology / editor-in-chief A. J. Wein, editors L. R. Kavoussi, A. C. Novick et al. 9thed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2007. P. 436–447.