

УДК 616.6–002.5

**ТУБЕРКУЛЕЗ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ
ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ****Муқанбаев К., Токтоғонова А.А., Чонорова О.А.***Национальный центр фтизиатрии, Бишкек, e-mail: atyrkul7@gmail.com*

В данной статье приводится клинический случай редко встречающихся форм сочетанного туберкулеза различных локализаций нескольких органов. Из 597 больных у 178 (29,8%) человек специфический процесс диагностирован как сочетанные формы туберкулеза (легочные и внелегочные локализации) и проведено наличия остаточных изменений туберкулеза. Среди больных преобладали лица мужского пола – 99 (55,6%). Средний возраст был 39 – 45 лет. Автор приводит сравнение и объяснение патогенеза, а так же размышляет о научной обоснованности подхода как тактики диагностики, клиники, так и лечения. Даны результаты ретроспективного анализа 178 больных, находившихся в урогенитальном отделении Национального центра фтизиатрии. Среди них у 111 (62,4%) больных установлен диагноз туберкулеза мочеполовой системы в сочетании легочного туберкулеза с различной активностью.

Ключевые слова: туберкулез мочеполовой системы, других форм внелегочных локализаций**TUBERCULOSIS OF THE GENITOURINARY SYSTEM IN COMBINATION WITH
OTHER LOCALIZATIONS****Mukanbaev K., Toktiginova A.A., Chonorova O.***National TB Center, Bishkek, e-mail: atyrkul7@gmail.com*

This article presents a clinical case of rare forms of combined tuberculosis of various localizations of several organs. Out of 597 patients, a specific process was diagnosed as a combination of tuberculosis (pulmonary and extrapulmonary localization) in 178 (29.8%) people and residual tuberculosis was observed. Among the patients, males predominated – 99 (55.6%). The average age was 39 – 45 years. The author gives a comparison and explanation of pathogenesis, as well as reflects on the scientific validity of the approach as a diagnostic tactic, clinic, and treatment. The results of a retrospective analysis of 178 patients who were in the urogenital department of the National Center for Phthisiology are given. Among them, 111 (62.4%) patients were diagnosed with tuberculosis of the genitourinary system in combination with pulmonary tuberculosis with various activities.

Keywords: tuberculosis urogenital system, other forms of extrapulmonary localization

Проникновение микобактерии туберкулеза (МБТ) в органы мочеполовой системы происходит за счет гематогенного заноса, возможны также лимфогенный, уриногенный пути распространения инфекции. Все авторы, описывающие патогенез, считают его вторичным процессом, возникающим вследствие заноса микобактерий из первичных очагов, расположенных в легких, кишечнике, лимфоузлах. Развитие процесса в основном происходит в результате диссеминации микобактерии туберкулеза при обострении туберкулеза легких и реже спондилитах. Принято считать, что развитие ТБ мочеполовой системы (МПС) проявляется через 3 и более лет после первичной инфекции [4]. ТБ инфекция может повреждать почки, как функционально сложный орган, нарушая не только какую-нибудь одну функцию, а одновременно несколько, находящихся между собой в тесной взаимосвязи и взаимообусловленности. Функциональные изменения почек при ТБ легких встречаются при всех его клинических формах и находятся в прямой зависимости от степени интоксикации и распространения процесса в легких [1, 3, 8].

При ТБ легких почки всегда вовлекаются в патологический процесс, и в них

происходят как специфические, так и неспецифические воспалительные и дистрофические изменения. Специфические изменения в почках наиболее часто встречаются при первичном и гематогенно-диссеминированном ТБ, а при фиброзно-кавернозном преобладают дистрофические и склеротические процессы. Так, при первичном ТБ в 57–60,4% случаев обнаружены ТБ бугорки в почках, при гематогенно-диссеминированном в 33% случаев и фиброзно-кавернозном – в 13% случаев [5, 7].

По этой причине мы задались целью провести анализ сочетанных форм мочеполового туберкулеза (МПТ) с другими локализациями.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены больные с туберкулезом мочеполовой системы, получавшие лечение в отделении урогенитального туберкулеза Национального центра фтизиатрии в 2001–2014 гг. Из 597 больных у 178 (29,8%) человек специфический процесс диагностирован как сочетанные формы туберкулеза (легочные и внелегочные локализации) и проведен анализ наличия остаточных изменений туберкулеза (рис. 1). Среди больных преобладали лица мужского пола – 99 (55,6%). Средний возраст был 39 – 45 лет.

Наличие сочетаний мочеполового туберкулеза с другими локализациями, как легочного, так

и внелегочного туберкулеза (рис.1). При анализе определен мочеполовой туберкулез, где имелись сочетания с легочными формами различной активности из 178 у 111 (62,4%) больных. Активный мочеполовой туберкулез с активным костно-суставным туберкулезом были диагностированы у 35 (19,6%) пациентов, с другими локализациями внелегочного туберкулеза (плеврит, периферические лимфоузлы и др.) встречались у 15 (8,4%) лиц, туберкулез гениталий – у 8 (4,5%) женщин, абдоминальный туберкулез – у 5 (2,8%) и туберкулезный менингит – у 4 (2,2%).

О частоте сочетания туберкулеза костей с туберкулезом почек существуют различные мнения. Некоторые авторы считают это редким явлением, однако это сочетание колеблется от 8% и достигает 29% [2].

Возможны ошибки, когда нефротуберкулез принимается за натечные абсцессы или увеличение мезентериальных лимфоузлов и наоборот. Тем более трудной оказывается задача определения начальной стадии туберкулеза почек у больных при мало выраженной симптоматике. Следует критически относиться к таким диагнозам, как хронический пиелонефрит и др.

А на рис. 2 приведено сочетание активного туберкулеза с другими локализациями различной активности. Активный мочеполовой туберкулез с активным легочным туберкулезом – 67 (37,2%), а с утратившим активность

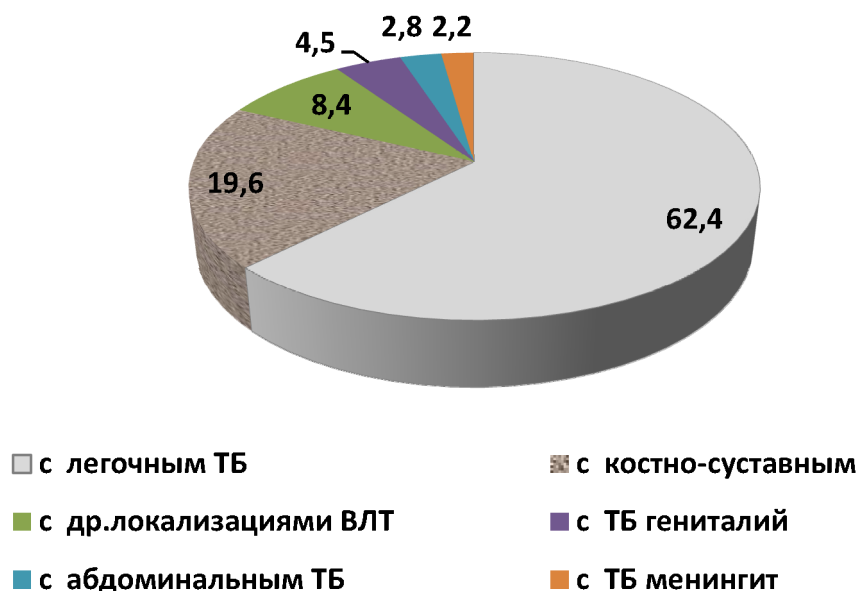


Рис. 1. Особенности клинической структуры активных форм мочеполового туберкулеза в сочетании с другими локализациями внелегочного туберкулеза (%)

Результаты исследования и их обсуждение

Опыт нашей работы показывает, что установление клинического диагноза нефротуберкулеза у больных в сочетании с костно-суставным туберкулезом и абдоминальным ТБ – непростая задача. Наблюдаются случаи, при которых дифференциальная диагностика туберкулезного спондилита, мезаденита и туберкулеза почек оказывается очень сложной задачей.

легочного процесса – у 45 (2,5%). Активный нефротуберкулез в сочетании половым туберкулезом имел место у 35 (19,8%) пациентов, а активный туберкулез с поражением трех локализаций (легочным, костно-суставным и мочеполовым) – у 13 (7,3%). Утративший активность внелегочный туберкулез другой локализации (костно-суставной) в сочетании с активным мочеполовым туберкулезом был диагностирован у 11 (6,2%) больных, изолированный нефротуберкулез – у 8 (4,3%).

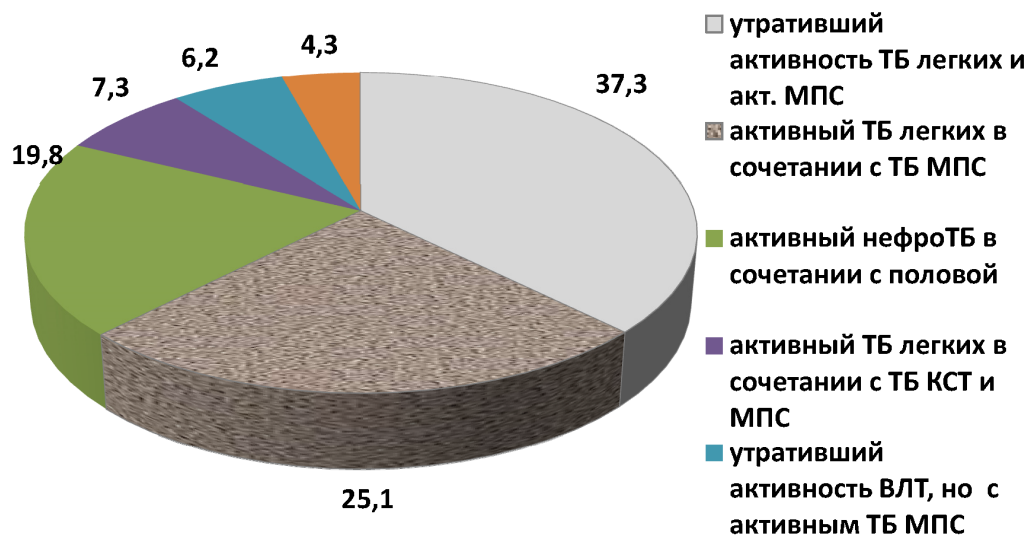


Рис. 2. Сочетание активного мочеполового туберкулеза с другими локализациями различной активности (%)

Следует отметить, что после установления мочеполового туберкулеза верификации диагнозов активного легочного ТБ и других локализаций были выставлены при общеплановом обследовании – 53% больных. В последнее время публикуются единичные случаи о полиорганном ТБ поражении [6]. В нашем случае выявлено несколько локализаций ТБ процесса в легочной, мочевой и костной системах.

Приводим клинический пример: Б-й, Г-ов Д., 1986 г. р., ист. б-ни № 1735, житель Чуйской области. Поступил повторно 20.09.2016 г.

Жалобы при поступлении на ноющие боли в пояснице справа, болезненное мочеиспускание и макрогематурию.

Из анамнеза: впервые в 2008 г. перенес операцию – аппендэктомию, во время операции обнаружен забрюшинный абсцесс, но какого генеза, больной не знает. В том же году в мае месяца выявлен ТБ правого легкого, БК (+). Принимал АБП по I категории ДOTS, выписан через 3 мес. с улучшением. В 2015 г. выявлен ТБ почек, лечился 2 меся-

ца. В последнее время состояние больного резко ухудшилось, стали беспокоить учащенное, болезненное мочеиспускание и макрогематурия.

Об-но: поясничная область симметричная, почки не пальпируются, симптом поколачивания по косто-вертебральному углу положительный справа, болезненность при пальпации в проекции мочевого пузыря, ректальное пальцевое исследование – простата умеренно увеличена, отмечается резкая болезненность.

Из лабораторных исследований: ОАК в пределах нормы, ОАМ: белок – 0,033 г/л, лейкоциты – 15–18 в поле зрения; мочевины крови 5,4 ммоль /л, креатинин крови – 67 мкмоль/л.

На обзорной рентгенограмме орг. грудной клетки и томограмме (рис. 2 и 3) от декабря 2015 г. слева в верхней доле на верхушке легкого определяются сливные очаговые тени инфильтрации, фокусы с деструкцией на томограмме (срез 6,5 см) четко видны очаги распада и инфильтрации в нижней доле плевры справа.



Рис. 3. Обз. рент-ма легких 6-го Г.

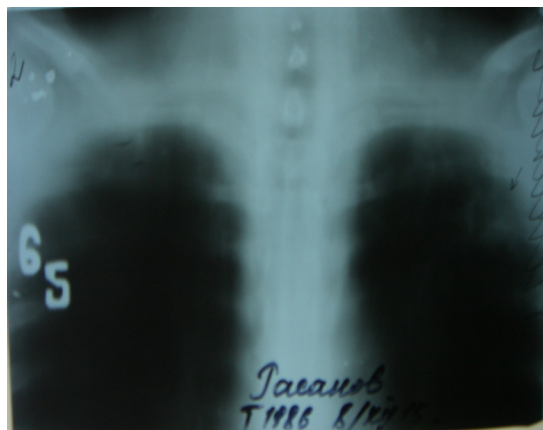


Рис. 4. Томограмма легких(срез 6,5 см)



Рис. 5. ЭУ – 15 мин 6-го Г., 30 л



Рис. 6. КТ поз-ка L4–5 6-го Г., 30 л

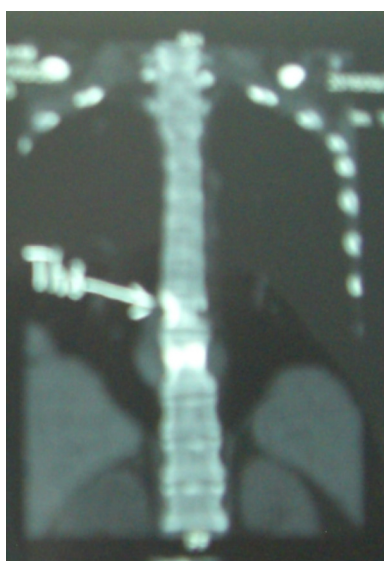


Рис. 7. КТ n-aTh 8–9 6-го Г., 30 л

После повторной госпитализации сделаны в/в экскреторная урография и компьютерная томография (КТ) (От 22.04.2016 г., рис. 4, 5 и 6). На внутривенной урограмме на 15 минуте резкое снижение функции правой почки с поражением лоханки и мочевого пузыря. Слева секреторно-выделительная функция сохранена, чашечно-лоханочные системы без изменений, мочеточник прослеживается на всем протяжении хорошо. Мочевой пузырь заполнен контрастом хорошо, контуры ровные и четкие.

В смежных отделах тел L_{3-4} позвонков выявляются очаги деструкции от 5 до 25 мм с множественными мелкими костными секвестрами, сохранены отделы тел позвонков склерозированы. Также отмечается небольшой очаг краевой остеодеструкции по передней поверхности тел до 6–7 мм. Паравerteбральные мягкие ткани отечны, инфильтрированы, толщиной до 5–8 мм;

по ходу левой пояснично-подвздошной мышцы выявляется псоас-абсцесс толщиной до 47–68 мм длиной до 200 мм, с множественными мелкими кальцинатами.

Дополнительно определяется S-образный сколиоз и сглаженность кифоза грудного отдела позвоночника. На аксиальных срезах телах Th₈₋₉ позвонков выявляются контактные и сливные очаги остеодеструкции по типу «таящего сахара», на фоне которых пре- и паравертебрально (с КТ-признаками распространения патологических изменений в плевральные полости) с обеих сторон определяется неоднородное по КТ-плотности жидкостное содержимое от +16,1 ед. Н до +22,8 ед. Н., максимальной толщиной до 15,5 мм и кранио-каудальной протяженностью слева до 179,3 мм, справа 199,8 мм. На фоне вышеуказанного жидкостного содержимого определяются множественные пузырьки газа. Другие видимые позвонки обычных размеров и формы, с четкими контурами. Структура их костной ткани без остеодеструктивных изменений, в том числе очагами характера.

Выставлен клинический диагноз: ТБ мочевой системы. Кавернозный ТБ правой почки с резким снижением ее функции. ТБ мочевого пузыря, микроцистит, БК(+). ТБ позвоночника Th₈₋₉, L₃₋₄. Инфильтративный ТБ в/доли левого легкого в фазе инфильтрации и распада БК(+).

Больному начато лечение АБП, через 1,5 мес. состояние ухудшилось, стали беспокоить боли в правой поясничной области. После консилиума больной взят на операцию 5.10.2016 г. Произведена операция – нефрэктомия справа, одномоментно 2-м этапом произведена задне-боковая торакотомия в 6 межреберье справа. После вскрытия плевры на уровне Th₇₋₉ позвонков обнаружена казеома плевры. Удалена казеома и некрэктомия тел Th₇₋₈, санация полости.

Гистологическое заключение: от 05.10.2016 г. № 1174–7 – активный кавернозный ТБ почки, позвоночника, плевры. Из операционного материала обнаружена ДНК МБТ комплекса, при Хайн-тесте от 06.10.2016 г. устойчивая к H, R и Z. Пациенту было назначено лечение препаратами второго ряда. В результате данного лечения у больного улучшилось самочувствие, симптомы интоксикации сняты полностью, включая боли в поясничной области. В связи с этим он был переведен на амбулаторное лечение по месту жительства.

ТБ почек у них протекает скрытно и атипично, а в настоящее время, под влиянием широкого применения различных химиопрепаратов, клиника ТБ почек приобрела еще более скрытные, стертые формы. Должны насторожить внимание врача симптомы общей

интоксикации: недомогание, общая слабость, потеря аппетита, субфебрилитет, потеря в весе, упорные боли в пояснице. Гипотензия или гипертензия в равной мере, а также дизурические явления уже не являются ранними признаками туберкулеза, так как возникают при вовлечении в процесс мочевого пузыря, поражение которого всегда вторично.

Из 178 больных, находившихся в урогенитальном отделении НЦФ, у 111 (62,4%) больных отмечено сочетание туберкулеза МПС и активного туберкулеза органов дыхания различной активности и формы.

Выводы

Для мочевого туберкулеза характерно стертное, часто бессимптомное и торпидное течение, особенно в начальных стадиях заболевания, в 35 % случаев протекает бессимптомно, в 48 % – под маской хронических заболеваний мочеполовых органов и в 15,7 % – выявлен случайно, у 20 % отмечается субфебрилитет, у 18 % больных – АГ, у 35,5 % – дизурия, и только 49,6 % отметили боли в поясничной области.

Основной пик проявлений болезни отмечается в сроке от 3 до 5 лет – 199 (33,3%) больных.

Заключение

Опыт нашей работы показывает, что установление клинического диагноза МПТ в сочетании с другими локализациями – непростая задача. Наблюдаются случаи, при которых дифференциальная диагностика ТБ спондилита, мезаденита и ТБ почек оказывается очень сложной. Возможны ошибки, когда нефротуберкулез принимается за натечные абсцессы или увеличения мезентериальных лимфоузлов и наоборот. Тем более трудной оказывается задача определения начальной стадии ТБ почек у больных при маловыраженной симптоматике.

Список литературы

1. Аналитический обзор по туберкулезу в РФ за 2004 год: характеристики эпидемического процесса и противотуберкулезной службы / [Электронный ресурс]. – М., 2005. – 55 с. – Режим доступа: <http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/tbreview2004.pdf>.
2. Кульчавеня Е.В., Алексеева Т.В., Шевченко С.Ю. Гендерные и возрастные особенности больных урологическим // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – № 6. – С. 18–21.
3. Левашев Ю.Н., Гарбуз А.Е. Внепочечный туберкулез // Проблемы туберкулеза. – 2001. – № 4. – С. 4–6.
4. Мочалова Т.П. Туберкулез мочеполовой системы: руководство для врачей // Медицина. – 1993. – 256 с.
5. Перельман М.И. Фтизиатрия: Национальное руководство / Под ред. М.И. Перельмана. – М., 2007. – 250 с.
6. Случай полированного туберкулеза / Л.В. Бухарина, А.А. Шурыгин, И.П. Корюкина и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 9. – С. 61–63.
7. Lenk S., Schroeder J. Genitourinary tuberculosis // Curr Opin Urol. – 2001. – Vol. 11, № 1. – P. 93–98.
8. Sek M., Lenk S., Naber K. et al. EAU Guidelines for the management of Genitourinary tuberculosis // European Urology. – 2005. – Vol. 48, № 3. – P. 353–362.