

ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ



Выполнила: Шахбанова Д.В.
Группа:603/1

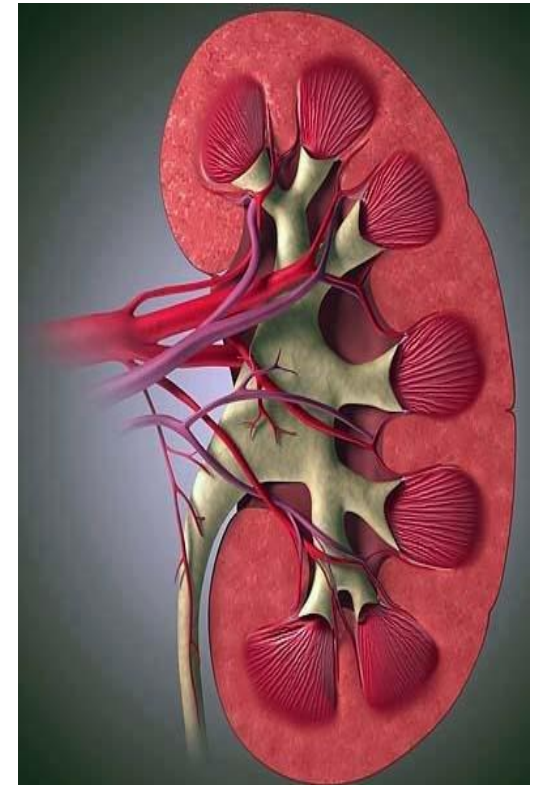
Актуальность

- Мочеполовой туберкулез занимает первое место в структуре всех внелегочных форм данного заболевания. Он в основном встречается у лиц молодого трудоспособного возраста, однако в последние годы наблюдается достоверное снижение количества больных моложе 20 лет и увеличение числа пациентов старше 50 лет.
- Большинство клиницистов указывают на одинаковую частоту туберкулеза мочевыделительных органов среди обоих полов.
- Из органов мочеполовой системы чаще поражаются почки, реже мочеточники и мочевого пузыря.

1.Туберкулез почки

Это инфекционное поражение ткани почки (почек), вызываемое специфическим микроорганизмом: микобактерия туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*).

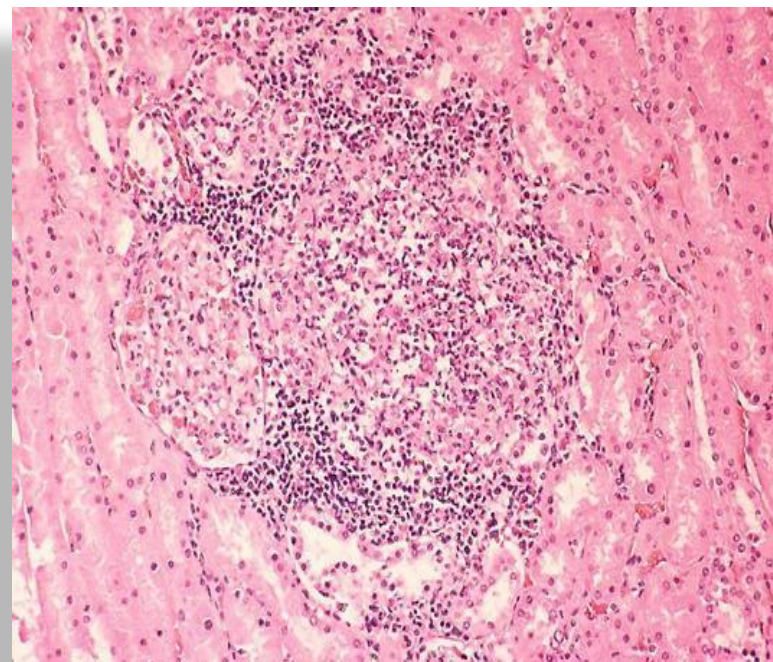
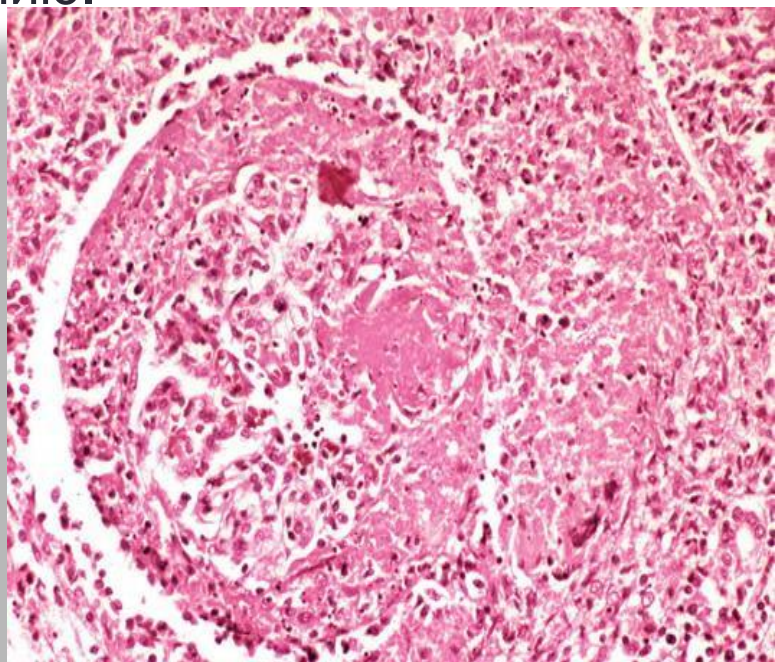
Как правило, туберкулез почек возникает у пациентов с запущенным легочным или костным туберкулезом после 3-10 лет течения первичного туберкулезного процесса.



Классификация, учитывающая клинико-рентгенологические особенности туберкулеза почек.

Туберкулез паренхимы почек

1 стадия, бездеструктивная форма, которая характеризуется наличием множественных мелких очагов воспаления в корковом веществе и медуллярной зоне и подлежит только консервативному лечению.



Очаг специфического туберкулезного воспаления

Туберкулезный папиллит

2 стадия, ограничено-деструктивная форма, при которой патологический процесс распространяется на сосочки. Подлежит консервативному лечению, хирургическое лечение - при осложнениях.

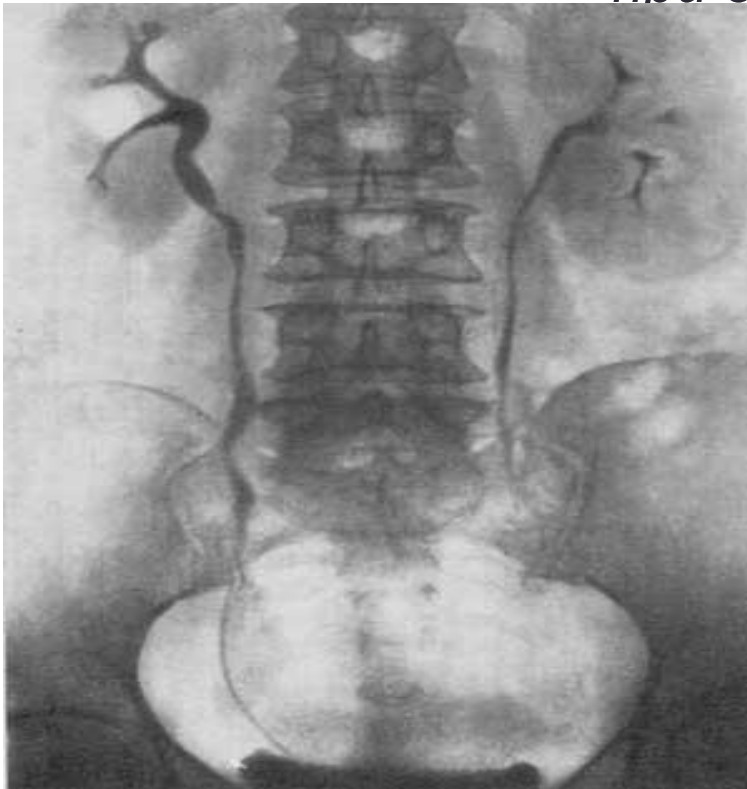


Рис. 6. Экскреторная урограмма.
Туберкулезный папиллит верхней чашечки правой почки.



Рис.7. Экскреторная урограмма правой почки.
Туберкулезный папиллит.

Кавернозный нефротуберкулез

3 стадия, деструктивная форма

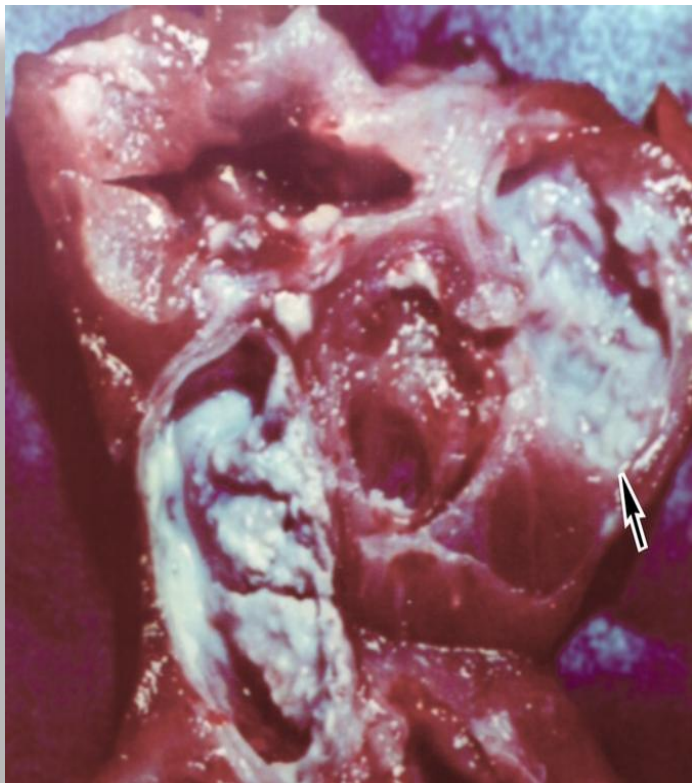


Рис.8. Операционный препарат верхнего сегмента правой почки на разрезе при кавернозном туберкулезе почки: видны крупные каверны (указаны стрелкой), заполненные казеозно-гнойными массами.

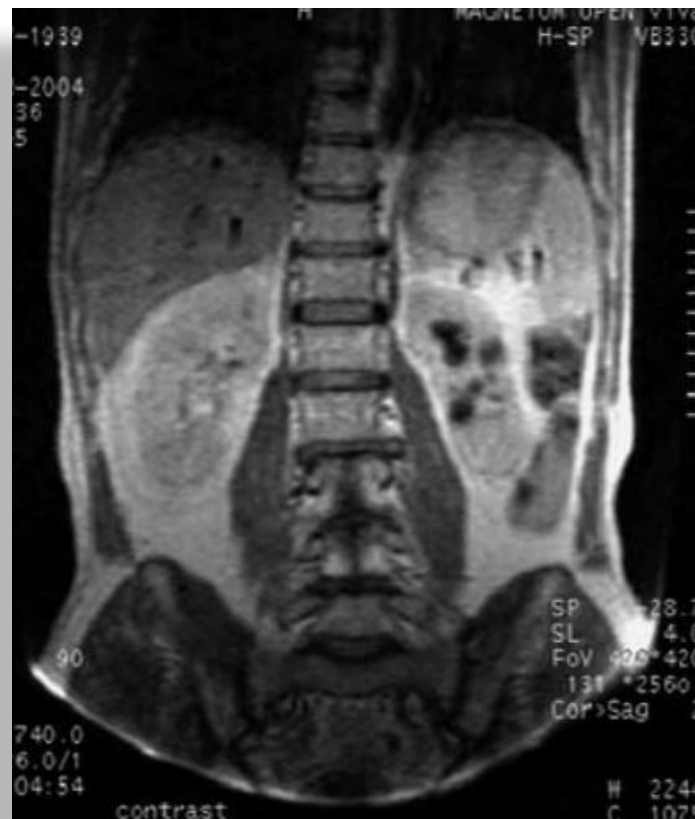
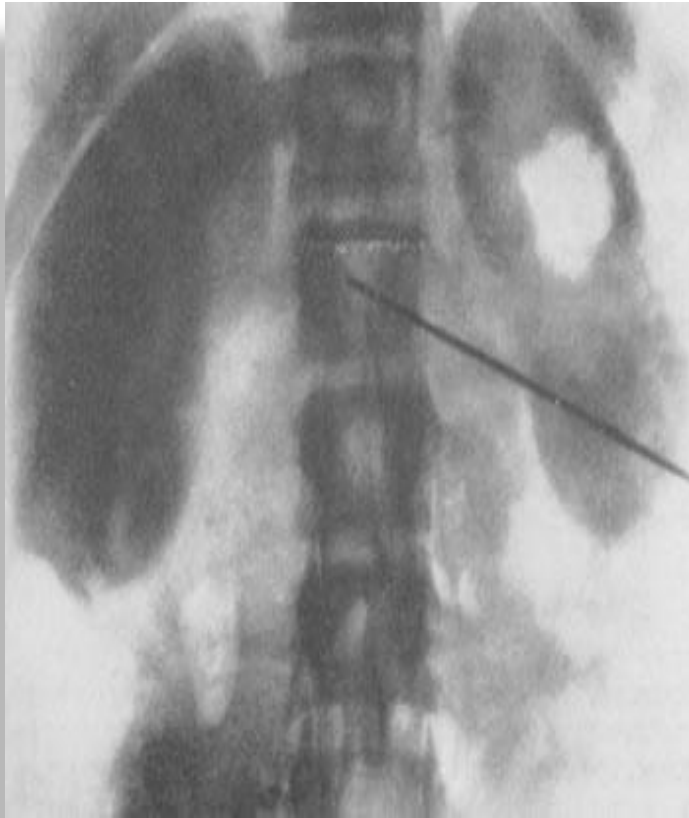
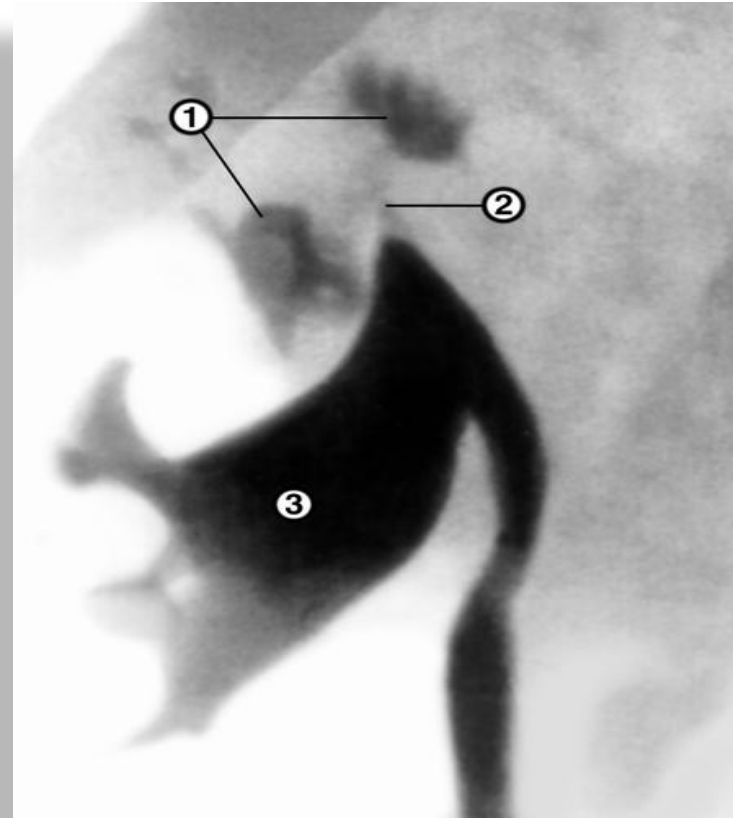


Рис.9. Каверна в среднем сегменте левой почки



**Рис.10 . Кавернозный
туберкулез левой почки.**

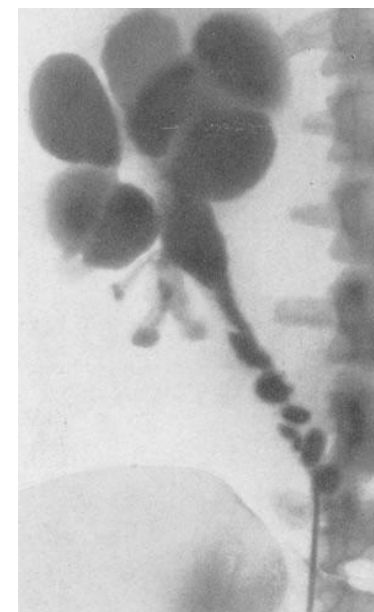
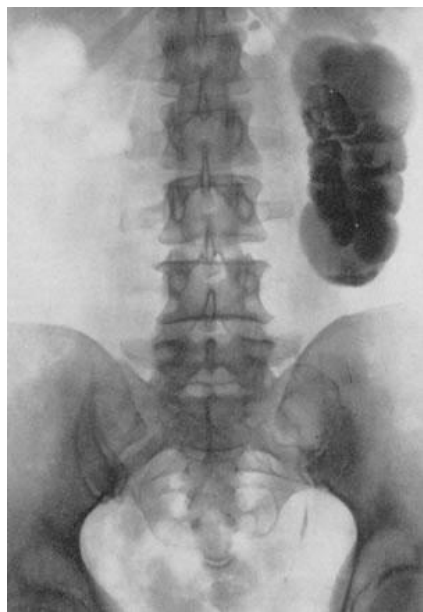


**Рис.11. Правосторонняя
ретроградная пиелограмма при
кавернозном туберкулезе правой
почки: в верхнем сегменте почки
видны заполненные
рентгеноконтрастным веществом
каверны (1), шейка верхней
почечной чашки сужена (2),
почечная лоханка деформирована и
расширена (3).**

Поликавернозный нефротуберкулез

4 стадия, распространенно-деструктивная форма-

предполагает наличие нескольких каверн, что ведет к резкому снижению функции органа.



Осложнения нефротуберкулеза:

- ХПН
- АГ
- Прорыв каверны почки в паранефральное пространство, что приводит к формированию свища в поясничной области.

Рис.12.Поликавернозный нефротуберкулез.

2. Туберкулез мочевыводящих путей

Это инфекционно-аллергическое воспаление чашечно-лоханочного комплекса, верхних и нижних мочевыводящих путей, вызванное *M.tuberculosis* и *M.bovis*; проходящее стадии отека, инфильтрации, изъязвления и рубцевания. Вторичен по отношению к нефротуберкулезу.



Туберкулез мочеточника

Развивается в нижней трети, поражая везикоуретральное соустье. Возможно и множественное поражение мочеточника, что приводит к развитию стриктур и быстрой гибели почки.

Туберкулез мочевого пузыря делят на 4 стадии:

1. бугорково-инфильтративная

2. эрозивно-язвенная

3. спастический цистит (гиперактивный мочев. пузырь)

4. истинное сморщивание мочевого пузыря-до полной облитерации.

Туберкулез лоханки

Туберкулез уретры

Патогенез

Проникновение МБТ в корковый слой почек

↓
Формирование туберкулезной гранулемы

(туберкулез паренхимы почек)

↓
Распространение процесса на мозговое вещество

и сосочки (туберкулезный папиллит)

↓
Образование полости, открывающейся в лоханку

(кавернозный туберкулез почки)

↓
Образование туберкулезных бугорков и новых полостей распада (туберкулезный пиелонефроз)

↓
Распространение процесса - нарушение уродинамики («**выключенная почка**»)

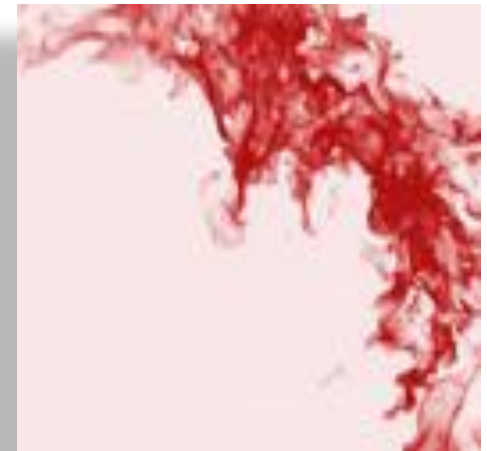
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

На ранних стадиях туберкулез почек может иметь латентное течение или характеризоваться нарушениями общего самочувствия: легким недомоганием, быстрой утомляемостью, субфебрильной температурой, прогрессирующим похуданием.



Деструктивные изменения в почках сопровождаются появлением безболезненной тотальной гематурии. Кровотечение нередко сменяется пиурией, свидетельствующей о развитии пиелита или пиелонефрита.

Болевые ощущения носят ноющий тупой характер, однако при нарушениях оттока мочи могут прогрессировать до почечной колики.



Ключевые точки диагностики:

Эпидемиологический анамнез: контакт с туберкулезной инфекцией, перенесенный ранее или имеющийся в настоящее время туберкулез различных локализаций, наличие в семье детей с гиперергическими туберкулиновыми пробами.

Медицинский анамнез: длительное течение инфекции мочеполовой системы, резистентной к стандартной терапии, с частыми рецидивами; упорная дизурия у больного пиелонефритом, прогрессирующее уменьшение емкости мочевого пузыря, почечная колика при отсутствии камня, гематурия.

Физикальное обследование: свищи любой локализации.

Лабораторные исследования

Анализ крови малоинформативен.
Изменения **мочи** имеют свою специфику при нефротуберкулёзе: характерна кислая реакция мочи – $\text{pH} = 5.0-5.5$, часто встречается пиурия (50% случаев), лейкоцитурия, протеинурия, эритроцитурия

Бактериологическое исследование

1. Бактериоскопия:

- световая (окраска по Цилю-Нильсену);
- люминесцентная ;

2. Бактериологический посев мочи

(питательные среды Аникина, Финн-2, Левенштейна-Йенсена)



Патоморфологическое исследование

1. Патоморфологическое исследование операционного и биопсийного материала при окрашивании ткани гематоксилин-эозином и по ван-Гизону;
2. Патоморфологическое исследование операционного и биопсийного материала при окрашивании ткани по Цилю-Нильсену;
3. Иммуногистохимическое исследование ткани

Лучевые исследования



Важное место в диагностике туберкулеза почек занимает рентгенодиагностика. Исследование, как правило, начинают с обзорной рентгенографии области почек и мочевого пузыря.

После обзорной рентгенографии производят экскреторную урографию. Для выявления туберкулеза также применяют ангиографию, радиоизотопные и ультразвуковые методы исследования.

Лечение

```
graph TD; A[Лечение] --> B[Консервативное]; A --> C[комбинированное]; A --> D[оперативное];
```

Консервативное комбинированное оперативное

Медикаментозное лечение

Используется комбинация ПТП в максимальных суточных дозах. Продолжительность первичного курса противотуберкулезной терапии определяется в каждом отдельном случае индивидуально, она зависит от формы туберкулезного процесса и сопутствующих заболеваний, функциональной способности почек и печени, индивидуальной переносимости препаратов, степени лекарственной чувствительности туберкулезных микобактерий.

Патогенетическое лечение

Широко используют **кортикостероидные гормоны**, оказывающие **противовоспалительное, десенсибилизирующее действие и замедляющие образование коллагена** (профилактика фиброза).

При нарушениях функции мочеочника показано применение препаратов, **стимулирующих процессы рассасывания и репарации**, а также **улучшающих микроциркуляцию и проницаемость тканевых структур**: экстракт алоэ, лидаза, ронидаза, гиалуронидаза, натрия тиосульфат, а также физиотерапия.

При спастическом мочевом пузыре для улучшения трофики органа, подавления императивных позывов к мочеиспусканию применяют блокаторы альфа-рецепторов и холинолитики.

Хирургическое лечение

При нарушении оттока мочи из почки требуется установка мочеточникового **стента** или проведение **нефростомии**.

В случае развития локального деструктивного процесса в почке консервативную терапию дополняют санацией пораженного сегмента (кавернотомией) или частичной резекцией почки (кавернэктомией).

При тотальной деструкции органа показана **нефрэктомия**.



Выводы

Туберкулез почек и мочевыводящих путей занимает первое место среди внелегочных форм туберкулеза.

Прогноз зависит от стадии заболевания. При туберкулезе почечной паренхимы и туберкулезном папиллите, консервативная терапия приводит к полному излечению. Вполне благоприятен прогноз и после своевременно выполненных органосохраняющих вмешательств (резекции, кавернотомии, кавернэктомии), если к этому времени не развились рубцово-склеротические изменения мочевыводящих путей, затрудняющие отток мочи из почки.



Спасибо за внимание!



Список используемой литературы

- Перельман М.Н., Корякин В.А., Богадельников И.В. Фтизиатрия. Издательство «Медицина», 2015
- Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению урогенитального туберкулеза, 2015