

АО «Медицинский университет Астана»

Кафедра: Фтизиатрии

СРС на тему: Туберкулез мочеполовой системы.

- Подготовила: Жунусова Н. 688гр.
- Проверил : Потапчук М.Г.

Введение

- 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.

Нефротуберкулез

- ▣ Эпидемиология. В структуре хирургических заболеваний мочевыделительной системы туберкулез почки и мочевыводящих путей уступает только МКБ. Большинство клиницистов указывают на одинаковую частоту туберкулеза мочевыделительных органов среди обоих полов. Как в прошлые годы, так и в настоящее время туберкулезное поражение почек в 21-35 % случаев является причиной выполнения нефрэктомии.

Этиология и патогенез

- Возбудителем туберкулеза является *Mycobacterium tuberculosis* - микобактерия туберкулеза (МБТ), обладающая высокой вирулентностью и патогенностью. В отличие от других бактерий, микобактерии туберкулеза абсолютно резистентны к стандартной антибактериальной терапии.
- Мочеполовой туберкулез - местное проявление туберкулезной болезни, преимущественно гематогенного генеза, начинающееся с бугорковых поражений органов. Среди органов мочевой системы в первую очередь поражается почка и лишь потом мочеточник и мочевого пузырь. Изолированного туберкулеза мочеточника или мочевого пузыря без заболевания почки не существует. Заболевание возникает обычно во время первичного периода туберкулезной инфекции, до формирования иммунитета (как правило, в детском и юношеском возрасте). Наиболее частыми входными воротами для инфицирования организма являются органы дыхания.

Классификация

- Классификация. Среди предложенных классификаций наибольшее распространение в практической урологии получило подразделение туберкулеза почек и мочевыводящих путей на основании клинико-рентгенологических данных в зависимости от степени деструкции почечной ткани:
- I стадия - неструктивный (инфильтративный) туберкулез почечной паренхимы;
- II стадия - начальная деструкция почечной ткани (папиллит, маленькие одиночные каверны);
- III стадия - сегментарная деструкция почечной ткани (больших размеров одиночная каверна, поликавернозный туберкулез в одном из сегментов почки);
- IV стадия - субтотальная или тотальная деструкция почки (поликавернозный туберкулез, туберкулезный пионефроз, омелотворение почки).

По наличию микобактерий туберкулеза в моче выделяют МБТ+, МБТ-. В зависимости от локализации процесса различают:

- ■ туберкулез почки - одноили двусторонний, единственной почки, верхнего, среднего, нижнего сегмента, одной чашечки, тотальное поражение почки;
- ■ туберкулез мочеточника - язвенный, рубцовый, периуретерит;
- ■ туберкулез мочевого пузыря - язвенный, рубцовый, микроцистис с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и без него;
- ■ туберкулез уретры - язвенный, рубцовый.

Симптоматика и клиническое течение.

- Клиническая картина туберкулеза мочевой системы весьма многообразна, изменчива и не имеет патогномоничных признаков. Специфическим проявлением может быть определение микобактерий туберкулеза в моче. У многих больных заболевание длительно протекает под маской хронического пиелонефрита, МКБ, поликистоза, цистита и других заболеваний, а у части пациентов субъективные проявления туберкулеза мочевой системы длительное время отсутствуют вообще.
- Туберкулез паренхимы почки (первичные паренхиматозные очаговые поражения) чаще всего проявляется умеренными болями в поясничной области, быстрой общей утомляемостью, потливостью, вечерней субфебрильной температурой.

Туберкулезный папиллит является началом распространения туберкулезного процесса на чашечно-лоханочную систему почки. Яркая клиническая симптоматика при нем может отсутствовать, иногда наблюдаются явления интоксикации.

При кавернозном туберкулезе почки симптоматика зависит от локализации каверны и ее величины. Субкортикально расположенная каверна давит на капсулу и может вызвать боли. Распад каверн, сообщающихся с полостной системой почки, сопровождается обтурацией шейки чашечки, лоханки или мочеточника некротическими массами с развитием приступа почечной колики. Возможна макрогематурия и субфебрильная температура.

Туберкулезный пионефроз - специфический гнойный процесс в расширенной деструктивно измененной полостной системе почки. Он может быть открытым, сообщаясь по мочеточнику с мочевым пузырем, или закрытым - при облитерации мочеточника. Анализы мочи в последнем случае могут быть нормальными за счет поступления в мочевой пузырь мочи здоровой почки.

Выделяют общие и местные симптомы туберкулеза почек и мочевых путей.

К общим относят изменения состояния больного, повышение температуры тела и артериальную гипертензию.

Местные симптомы подразделяют на субъективные (боли и расстройства акта мочеиспускания) и объективные (физикальные признаки, изменения мочи). В современном клиническом течении туберкулеза мочевой системы характерно преобладание местных симптомов над общими. Более чем у 30-40 % больных заболевание протекает бессимптомно.

Общее состояние у большинства больных остается удовлетворительным даже при поликавернозном туберкулезе почек. Туберкулезная интоксикация выражена слабо. Четкой связи между степенью деструкции почки и общим состоянием больных не существует. Ухудшение общего состояния наблюдается не более чем у 3-5 % больных. Повышение температуры тела имеет место у 20-30 % больных нефротуберкулезом. Чаще температура достигает субфебрильных значений и лишь у некоторых больных, при сочетании нефротуберкулеза с неспецифическим пиелонефритом, температура повышается до 38-39 °С и сопровождается ознобом, слабостью и головными болями.

- Артериальная гипертензия наблюдается у 35-40 % больных туберкулезом почки, чаще - у женщин. В патогенезе ее развития существенную роль играет ишемия, вызванная обширным деструктивным процессом в паренхиме почки. Артериальная гипертензия отмечается также и у лиц, излеченных от нефротуберкулеза, что связано с выраженными склеротическими изменениями почечной ткани.
- Боли в области поясницы отмечают 50-60 % больных. Они могут быть тупыми, ноющими или носить характер почечной колики, иногда сопровождаясь подъемом температуры. В ряде случаев почечная колика при нефротуберкулезе - единственный симптом болезни.
- Важным симптомом является макро- и микрогематурия, которая может быть одним из ранних признаков туберкулеза почки. Гематурия редко бывает тотальной и чаще носит интермиттирующий характер. Макрогематурия встречается у 10 % больных, в то время как микрогематурия - у 50 %. Частота этого симптома нарастает по мере развития деструктивного процесса в почке.

Туберкулезный уретрит

- ▣ Туберкулезный уретрит протекает малосимптомно. Отчетливая клиническая симптоматика (различного характера боли в поясничной области) появляется при образовании рубцовых сужений мочеточника, развитии гидроуретеронефроза, присоединении хронического неспецифического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности.
- ▣ Туберкулезное поражение мочевого пузыря протекает под маской хронического неспецифического цистита: непроходящие дизурические явления продолжаются не только в дневное, но и в ночное время. Характерно отсутствие улучшений в клинической симптоматике на фоне традиционной антибактериальной терапии.

Диагностика

Диагностика туберкулеза мочевой системы основана на наличии достоверных признаков заболевания - бациллурии, наличия типичных рентгенологических признаков деструкции почечной ткани, элементов специфического воспаления слизистой мочевыводящих путей (туберкулезные бугорки, язвы и др.).

Необходимо учитывать анамнестические данные: указания на перенесенный туберкулез, контакт с больными, наличие хронических урологических заболеваний, не поддающихся стандартной терапии.

В общем анализе мочи регистрируют наличие эритроцит- и лейкоцитурии, характерно снижение pH и повышение удельного веса мочи. Наиболее результативным бактериоскопическим методом выявления микобактерий туберкулеза является люминесцентная микроскопия. Бактериологические исследования мочи определяют наличие вторичной микрофлоры и ее чувствительность к антибиотикам. Чаще всего получают рост колоний *E. coli*. Бактериологическая диагностика подразумевает выполнение 3-5 посевов утренней мочи как минимум на две специфические для микобактерий туберкулеза питательные среды.

Для ускорения культуральной диагностики используют посев на жидкие среды с радиометрической (Bactec) или флуоресцентной (MGIT) индикацией роста.

Эти методы позволяют сократить срок выявления микобактерий туберкулеза до 2-3 недель, однако являются весьма дорогостоящими. Инокуляция мочи лабораторным животным не имеет преимуществ перед бактериологическими исследованиями.

Для экспресс-диагностики мочеполового туберкулеза может использоваться метод ПЦР, позволяющий в течение нескольких часов идентифицировать ДНК микобактерий. По данным СПбНИИ фтизиопульмонологии, чувствительность и специфичность метода для туберкулеза почек составляет 88 % и 94 % соответственно.

Положительный результат ПЦР-теста является существенным аргументом в пользу туберкулеза, но не может быть его единственным критерием, так же как и отрицательный результат не является доказательством отсутствия туберкулеза.

Одним из вспомогательных методов, позволяющих подтвердить или исключить специфическую этиологию процесса при заболеваниях органов мочевыделительной системы, является туберкулинодиагностика. Помимо общепринятой реакции Манту с двумя туберкулиновыми единицами (ТЕ) для дифференциальной диагностики нефротуберкулеза выполняют пробу Коха с 20 ТЕ с оценкой не только местной (в месте введения), но также очаговой и общей реакций.

Серодиагностика туберкулеза мочевыделительной системы опирается на одновременную постановку четырех классических реакций - реакции непрямой гемагглютинации (РНГА), потребления комплемента (РПК), пассивного гемолиза (РПГ) и иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием стандартной тест-системы. Сонография позволяет выявить деформацию и расширение чашечно-лоханочной системы и контролировать в процессе лечения объем рубцово-измененного мочевого пузыря.

Обзорная и экскреторная урография показывает кальцификаты в проекции мочевыводящих путей, деструкцию сосочков, окклюзию шейки чашечки с ее выключением, деформацию чашечек (множественный папиллит), деструкцию почечной паренхимы

Экскреторная урограмма. Обызвествленная каверна левой почки (стрелка)



Экскреторная урограмма. Окклюзия шейки верхней группы чашечек слева (1), стриктуры дистальных отделов обоих мочеточников (2)



Нисходящая цистограмма. Кавернозная форма туберкулеза предстательной железы (стрелка)



Лечение

Лечение. Основным методом лечения туберкулеза мужских половых органов является специфическая противотуберкулезная терапия. Назначают длительный и непрерывный прием нескольких антибактериальных препаратов (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид, канамицин) в сочетании с патогенетическими средствами.

Неэффективность консервативной терапии и появление деструктивных форм заболевания являются показанием к хирургическому лечению. Выполняют эпидидимэктомию, гемикастрацию и ТУР предстательной железы. При рубцовых сужениях семявыносящих протоков с развитием экскреторного бесплодия производят резекцию суженных участков с формированием вазоорхо-и вазоэпидидимоанастомозов.

Прогноз в отношении жизни больных туберкулезом половой системы благоприятный. При двустороннем поражении придатков яичек в большинстве случаев отмечается бесплодие. Инвалидизация наступает лишь у больных с тяжелыми формами урогенитального туберкулеза.