

К вопросу о причинах поздней выявляемости больных урогенитальным туберкулезом

Remarks to the reasons of urogenital tuberculosis late detection

*E.V. Kulchavenya,
I.A. Shaderkin, V.A. Krasnov,
S.Yu. Shevchenko,
A.A. Baranchukova,
V.A. Shaderkina*

The aim of the study was to evaluate the knowledge of the physicians from different specialties (urologists, gynecologists, internists, phthisiatricians) in the urogenital tuberculosis. The testing was carried out among the specialists attending the professional education courses in the tuberculosis clinic of NGMU (261 physician) and also among the specialists distantly at the uroweb.ru portal using a specially developed software (14 physicians).

The results are outlined in this article. Nobody answered correctly all questions. Only a fourth of the specialists was aware, that mycobacterium detection is the most effective, when the daily portion of the urine is cultured, ideally – several times during one day. The difficulties have also arisen in the area of clinical and laboratory signs of urotuberculosis. Almost all respondents have found it difficult to answer, which outcomes are typical for renal tuberculosis and which criteria could be used for the recovery.

The difference in the quality of answers was not significant among different specialists: urologists, gynecologists and internists had given the right answers in 59.2%-63.7% of questions; as it was expected phthisiatricians showed the better results and were correct in 77.2% of cases. The insufficient awareness is a ground for the late detection of urotuberculosis at the stage of the severe and irreversible complications. We demonstrate this using the clinical case of the male patient with generalized urogenital tuberculosis, polycavernous tuberculosis of the right kidney followed by renal shrinkage, tuberculous papillitis of the left kidney, tuberculosis of the both ureters, urinary bladder, urethra, prostate. This patient was also diagnosed with the tuberculous epididymitis and tuberculosis of the intestine. The clinical tactic was analyzed in this patients, the mistakes are discussed.

**Е.В. Кульчавеня^{1,2}, И.А. Шадеркин³, В.А. Краснов^{1,2},
С.Ю. Шевченко^{1,2}, А.А. Баранчукова^{1,2}, В.А. Шадеркина³**

¹ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулеза Минздрава России,

²ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России,

³НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

Туберкулез, несмотря на положительные тенденции в диагностике и лечении, достигнутые в последние годы, остаётся во многом нерешённой проблемой. В течение последних 15 лет туберкулез был основной причиной смерти среди взрослых от инфекционных заболеваний, и лишь в 2013 году он уступил лидирующие позиции ВИЧ/СПИД [1]. В 2012 году 8,6 миллионов человек заболели туберкулезом и 1,3 миллиона умерли от этого заболевания. Каждый пятый больной ВИЧ-инфекцией умирает от туберкулеза [2]. Согласно данным ВОЗ, около трети населения земного шара инфицированы *M. tuberculosis* (МБТ), но пока не больны и, соответственно, не контагиозны. Инфицированный человек имеет риск развития туберкулеза не выше 10%, однако, в случае сочетанных заболеваний, таких как сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, состояние после трансплантации внутренних органов, а также при ряде вредных привычек (табакокурение) и хроническом недоедании это риск существенно возрастает [3].

Среди внелегочных форм туберкулеза в начале XXI века 40-56% приходилось на урогенитальный туберкулез (УГТ), однако с 2008 года на лидирующие позиции вышел туберкулез костей и суставов [4-7]. В

Японии с 2000 по 2007 годы было диагностировано 355 случаев УГТ, из них нефротуберкулез – у 242 пациентов, туберкулез мужских половых органов – у 90 [8]. П.И. Степанов [9] с 1984 по 2008 годы обследовал 467 мужчин, больных туберкулезом половых органов мужчин. У 372 (79,7%) пациентов обнаружил туберкулез скротальных органов, туберкулез предстательной железы диагностировал у 398 больных (85,2%), из них у 27 (5,8%) – изолированный [9].

Туберкулез предстательной железы (ПЖ) считается редким заболеванием [10], выявляемым как случайная находка при выполнении оперативного вмешательства на ПЖ [11]. Однако в действительности правильнее будет назвать его редко диагностируемым заболеванием. Подтверждают это положение факты обнаружения туберкулеза ПЖ у каждого третьего больного туберкулезом легких, подвергшего по тем или иным причинам биопсии ПЖ, и у 77% мужчин, умерших от туберкулеза любых локализаций [12-15]. Туберкулез половых органов может привести к фатальным последствиям [16].

Туберкулезу ПЖ посвящено не так много исследований. В конце прошлого века И.С. Камышан и соавт. [17-19] много внимания уделили совершенствованию диагностики и лечения больных тубер-

кулезом ПЖ; авторы считали необходимым выполнять биопсию ПЖ для верификации диагноза. T. Donahue и J. Moul также полагали необходимым в диагностически сложных случаях выполнять биопсию ПЖ, но подчеркивали, что до настоящего времени не существует консенсуса по методике, зонам забора материала и точкам вкола [20].

Урогенитальный туберкулез не имеет патогномичных симптомов, возможность верификации диагноза патоморфологически и бактериологически резко снижена в связи с широким применением в общей практике антимикобактери-

альных препаратов (фторхинолоны, амикацин, рифампицин) [21]. Тем не менее, ведущим в своевременной диагностике является настороженность врача, которая базируется на определенном минимуме знаний.

С целью определения уровня знаний по урогенитальному туберкулезу врачей разных специальностей (урологи, гинекологи, терапевты, фтизиатры) было проведено очное тестирование специалистов, проходивших тематическое усовершенствование на кафедре туберкулеза факультета последипломного образования НГМУ, а также заочное тестирование на сайте uroweb.ru по

специально разработанной программе. Очно был опрошен 261 человек, интерес к интернет-тестированию проявили 14 врачей. Тест включал 33 вопроса с предложенными вариантами ответов (приведен в приложении; правильные ответы выделены жирным).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ни один человек не дал правильные ответы на все вопросы. Пропорция верных ответов в зависимости от специальности приведена в таблице 1. Практически никто не знал, что туберкулез

Таблица 1. Число правильных ответов на вопросы теста

№ вопроса	На сайте (n=14) абс / %	Урологи (n=73) абс / %	Гинекологи (n=54) абс / %	Терапевты (n=42) абс / %	Фтизиатры (n=68) абс / %	Всего (n=251) абс / %
1	8 / 57,1	22/30,1	15/27,8	16/38,1	66/97,1	127/50,6
2	9/64,3	34/46,6	28/51,8	21/50,0	68/100	160/63,7
3	5/35,7	19/26,0	9/16,7	12/28,6	23/33,8	68/27,1
4	11/78,6	52/71,2	22/40,7	17/40,5	32/51,5	134/53,4
5	4/28,6	15/20,5	11/20,4	9/21,4	43/63,2	82/32,7
6	3/21,4	22/30,1	18/33,3	9/21,4	51/75	103/41,0
7	5/35,7	43/58,9	38/70,4	28/66,7	67/98,5	181/72,1
8	8/57,1	39/53,4	30/55,5	31/73,8	57/83,8	165/65,7
9	11/78,6	37/50,7	32/59,3	31/73,8	68/100	179/71,3
10	8/57,1	33/45,2	34/62,9	33/78,6	42/61,8	150/60,0
11	9/64,3	48/65,7	38/70,4	29/61,9	43/63,2	167/66,5
12	8 / 57,1	56/76,7	32/59,3	27/64,3	49/72,0	172/68,5
13	8 / 57,1	41/56,2	33/61,1	28/66,7	52/76,5	162/64,5
14	8 / 57,1	58/79,4	42/77,8	30/71,4	64/94,1	202/80,5
15	8 / 57,1	47/64,4	32/59,2	21/50,0	43/63,8	151/60,2
16	6/42,9	48/65,7	36/66,7	22/52,4	54/79,4	166/66,1
17	9/64,3	60/82,2	36/66,7	22/52,4	27/64,3	181/72,1
18	9/64,3	62/84,9	44/81,5	32/56,2	64/94,1	207/82,5
19	8/57,1	48/63,8	32/59,3	21/50,0	53/77,9	162/64,5
20	7/50,0	43/58,9	31/57,4	23/54,8	54/79,4	158/62,9
21	9/64,3	42/57,5	34/62,9	22/52,4	49/72,1	156/62,1
22	14/100	73/100	45/83,3	36/85,7	58/85,3	220/87,6
23	10/71,4	61/83,6	27/50,0	30/71,4	34/50,0	162/64,5
24	11/78,6	72/98,6	52/96,3	40/95,2	68/100	243/96,8
25	6/42,9	45/61,4	23/42,6	27/64,3	55/80,8	156/62,1
26	14/100	72/98,6	49/90,7	37/88,1	67/98,5	239/95,2
27	11/78,6	69/94,5	50/92,6	35/83,3	56/82,3	221/88,0
28	8/57,1	53/72,6	35/64,8	18/42,8	47/69,1	161/64,1
29	8/57,1	28/38,4	20/37,0	18/42,8	39/57,3	113/45,0
30	12/85,7	66/90,4	42/77,7	29/69,0	54/79,4	203/80,9
31	5/35,7	23/31,5	14/25,9	16/38,1	52/76,5	110/43,8
32	6/42,9	33/45,2	21/38,9	18/42,8	49/72,0	127/50,6
33	14/100	71/97,3	50/92,6	42/100	68/100	243/96,8
итога	278 / 60,2	1531 / 63,7	1055 / 59,2	830 / 59,9	1733 / 77,2	5431 / 65,6

является ведущей причиной смерти от инфекционных заболеваний у взрослых; многие из тех, кто дал правильный ответ на этот вопрос, признались, что справедливо рассудили – раз тесты по туберкулезу, то туберкулез и должен быть правильным ответом.

Только четверть опрошенных знали, что вероятность получения роста МБТ выше, если сеять дневную порцию мочи, оптимально – несколько раз в течение одного дня.

То, что урологи и гинекологи затруднились с определением латентного микробизма, еще можно понять, но незнание этого явления третью фтизиатров вызывает недоумение.

Сомнение у опрашиваемых вызвал вопрос «Возможен ли изолированный туберкулез мочевого пузыря», что свидетельствует о незнании патогенеза уrogenитального туберкулеза, ибо туберкулез верхних и нижних мочевых путей является осложнением туберкулеза почек и, следовательно, всегда вторичен по отношению к нефротуберкулезу.

Сложными оказались вопросы по клиническому проявлению и лабораторным признакам уротуберкулеза; практически все группы участников затруднились с определением исходов туберкулеза почек и критериев его излечения.

Существенной разницы в уровне знаний между группами не выявлено: урологи, гинекологи и терапевты дали правильные ответы в 59,2% – 63,7%. Закономерно лучшую подготовку по этому вопросу продемонстрировали фтизиатры, которые верно ответили в 77,2% случаев.

Недостаточная настороженность ведет к позднему распознаванию уротуберкулеза на стадии развития тяжелых, необратимых инвалидизирующих осложнений, что демонстрирует следующее клиническое наблюдение.

Пациент К., 54 лет, житель республики Саха, поступил в ФГБУ ННИИТ с целью выполнения ре-

конструктивно-восстановительной операции. При поступлении жалобы на наличие мочевых катетеров, калоприемника, общую слабость.

Анамнез заболевания. С 2002 года наблюдался и лечился у уролога по месту жительства по поводу хронического пиелонефрита, цистита. В начале 2012 года диагностированы стриктуры дистальных отделов мочеточников, атрофия правой почки.

01.03.2012 г. в тяжелом состоянии госпитализирован в урологическое отделение больницы, где 15.03.2012 г. по экстренным показаниям в связи с острым гнойным обструктивным левосторонним пиелонефритом выполнена ревизия органов малого таза, двухсторонняя уретерокутанеостомия. Гистологически выявлено хроническое воспаление в стадии обострения с густой лимфоцитарной инфильтрацией.

В послеоперационном периоде развился острый флегмонозный орхоэпидидимит. 30.03.2012 г. выполнено вскрытие абсцесса мошонки справа.

01.10.2012 г. – повторная госпитализация в урологический стационар с диагнозом «Обострение хронического цистита. Сморщенный мочевой пузырь. Стриктуры дистальных отделов обоих мочеточников. Сморщенная правая почка. Единственная функционирующая левая почка. Состояние после уретерокутанеостомии от 15.03.2012 по поводу блока единственной почки. Стрикура уретры. ХПН II ст.»

05.10.2012 г. выполнено вскрытие абсцесса мошонки слева.

23.10.2012 г. – ревизия органов брюшной полости и малого таза, расширяющая кишечная пластика мочевого пузыря (замещение мочевого пузыря фрагментом тонкой кишки).

В послеоперационном периоде – обострение пиелонефрита единственной почки. Проводилась консервативная терапия, бужирование уретры; в связи с неэффективностью –

21.11.2012 г. – наложение троакарной эпицистостомы.

03.12.2012 г. больной выписан из отделения в удовлетворительном состоянии с рекомендациями тренировки мочевого пузыря, повторные курсы бужирования уретры, удаление цистостомы.

27.03.2013 г. – повторная госпитализация с жалобами на полное прекращение мочеиспускание через мочеиспускательный канал. 09.04.2013 – ТУР стриктуры уретры, предстательной железы. Выписан из отделения с цистостомой с рекомендациями смены катетера по мере необходимости.

В мае 2013 года – стационарное лечение по месту жительства по поводу обострения хронического воспалительного процесса мочеполовой системы.

В июле 2013 г. – жалобы на отделяемое в области заднего прохода. Выполнена ирригоскопия, осмотрен проктологом, выставлен диагноз: – «Свищ прямой кишки. Состояние после пластики мочевого пузыря». Рекомендована консервативная терапия.

С 04.2009 г. по 27.09.2013 г. больной находился на стационарном лечении в отделении колопроктологии. При обследовании диагностирован уретропрямокишечный свищ, абсцесс малого таза, перфорация прямой кишки и мочевого пузыря, местный гнойно-фибринозный перитонит.

08.09.2013 г. выполнена передняя резекция прямой, сигмовидной кишки, одноствольная сигмостомия. Уретерокутанеостомия слева.

При гистологическом исследовании интраоперационного материала выявлены эпителиоидноклеточные гранулемы с наличием гигантских клеток типа Пирогова-Ланганса, с фокусами казеозного некроза, окруженные эпителиоидноклеточным валом. *Заключение* – морфологическая картина соответствует колиту *туберкулезной этиологии*.

ДИАГНОЗ: А18.1 Генерализованный мочеполовой туберкулез.

Поликавернозный туберкулез правой почки с исходом в сморщивание, туберкулезный папиллит левой почки. Туберкулез обоих мочеточников, мочевого пузыря, уретры, предстательной железы, двухсторонний туберкулезный эпидидимит. Туберкулез кишечника. Уретерокутанеостомы слева. Нефростомы слева. Цистостомеостомы. ХПН 3. Сигмостома. Осложнения: Декомпенсированная стриктура неоуретероцистоанастомоза слева. Инфицированный уретерогидронефроз единственной функционирующей левой почки. Склероз шейки мочевого пузыря. Протяженная стриктура уретры. Состояние после передней резекции прямой, сигмовидной кишки, одностовольная сигмостомия по поводу абсцесса малого таза, перфорации прямой кишки и мочевого пузыря, осложненные местным неотграниченным гнойно-фибринозным перитонитом. Уретерокутанеостомия слева от 08.09.2013 г. Инфекция мочевыводящих путей, латентное течение. Состояние после нефростомии слева от 18.03.2014 г.

Сопутствующий: Артериальная гипертензия 3, риск 4, ХСН I.

Мультиспиральная томограм-

ма больного К. представлена на рисунке 1.



Рис. 1. МСК больного К. Поликавернозный туберкулез правой почки с исходом во вторичное сморщивание

В данном примере в течение многих лет пациент не получал оптимального лечения, о туберкулезе задумались только после формирования свища. Факт, что гистологическое исследование не обнаружило туберкулезное воспаление, отнюдь не исключает туберкулез, ибо специфические гистологические признаки быстро исчезают на фоне терапии фторхинолонами и амикацином – но это отнюдь не означает, что исчезает и туберкулез. У пациента на фоне пиелонефрита возник гнойный орхоэпидидимит – практически в 100% это свидетельствует о туберкулезе.

Пациент не получал ни должного обследования, ни должного лечения, что привело к такому трагическому результату.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Туберкулез мочеполовой системы следует признавать не редким, а редко диагностируемым заболеванием. У больного с любой инфекцией уrogenитальной системы следует оценивать факторы высокого риска туберкулеза, к которым относят тесный контакт с туберкулезной инфекцией, туберкулез любой локализации, перенесенный ранее или активный в момент обращения, хронические инфекции уrogenитального тракта, склонные к рецидивам, резистентные к стандартной терапии, упорная дизурия, прогрессирующее уменьшение емкости мочевого пузыря, стерильная пиурия, пиурия в трех порциях у больного эпидидимитом, пиоспермия, гемоспермия, пиурия, гематурия, свищи в поясничной области, в промежности, свищи мошонки. Высокая настороженность в отношении туберкулеза врача любого профиля позволит своевременно выявить это заболевание. ■

ТЕСТЫ по теме «Урогенитальные инфекции и ТУБЕРКУЛЁЗ»

1. Самая смертельная инфекция для взрослых в мире:

1. Черная Оспа
2. Холера
3. Чума
4. Грипп (все разновидности)
5. Туберкулез

2. Для человека патогенны:

1. *M. Microti*
2. *M. Tuberculosis*
3. *M. Canetti*
4. *M. Africanum*
5. *M. Bovis*
6. Все виды микобактерий

3. Вероятность роста МБТ в моче больного туберкулезом выше, если сеять:

1. утреннюю мочу
2. суточную мочу
3. дневную порцию
4. не имеет значения

4. Туберкулёз передаётся следующим путём:

1. алиментарным
2. половым
3. контактным
4. трансмиссивным

5. внутриутробным

6. воздушно-капельным
7. возможны все перечисленные

5. Латентный микробизм – это:

1. поствакцинная аллергия
2. отсутствие реакции организма в силу истощения адаптивных возможностей
3. бессимптомное течение туберкулёза
4. отсутствие реакции организма на первоначальное внедрение микобактерий туберкулёза, т.к. она не вырабатывает экзотоксин

6. МБТ внутри клетки защищается путём:

1. встраивания в РНК
2. нарушения синтеза ДНК
3. нарушая проницаемость клеточной мембраны
4. нарушая функцию лизосом

7. МБТ делится:

1. каждые 20 минут
2. 1 раз в час
3. 1 раз в сутки
4. 1 раз в 12-18 часов

8. При туберкулёзе иммунитет:

1. клеточный
2. гуморальный

9. В структуре внелёгочных форм туберкулеза мочеполовой занимает место:

1. первое (на момент опроса; в настоящее время – второе)
2. второе
3. третье
4. четвёртое

10. Туберкулёзом мочеполовой системы чаще болеют

1. мужчины
2. женщины

11. Преимущественно туберкулёз мочеполовой системы

выявляют у лиц в возрасте

1. до 20 лет
2. 20 – 40 лет
3. 40-60 лет
4. старше 60 лет

12. В структуре туберкулёза почек ведущей формой является:

1. туберкулёз паренхимы
2. туберкулёзный папиллит
3. кавернозный туберкулёз
4. поликавернозный нефротуберкулёз

13. При туберкулезе мочеполовой системы процесс первоначально развивается

1. в почках
2. в стенке мочевого пузыря
3. в мочеточнике

14. Основным путем распространения туберкулезной инфекции на мочевую систему является:

1. контактный
2. гематогенный
3. лимфогенный

15. Туберкулезные изменения в почке локализуются преимущественно:

1. в мозговом слое
2. в кортикальном слое паренхимы и периглобулярной зоне
3. в чашечно-лоханочной системе

16. Изолированный туберкулёз мочевого пузыря бывает:

1. да
2. нет

17. Изолированный туберкулёз предстательной железы бывает:

1. да
2. нет

18. Основным методом лечения туберкулёза мочеполовой системы являются:

1. консервативный
2. хирургический

19. Наиболее характерными для туберкулеза мочевой системы клиническими признаками являются:

1. ноющая боль в области поясницы
2. мактрогематурия
3. почечная колика
4. субфебрилитет
5. дизурия

20. Наиболее характерными для туберкулеза мочевой системы лабораторными признаками являются:

1. лейкоцитоз
2. гематурия
3. повышенная СОЭ
4. микобактериурия
5. неспецифическая бактериурия
6. лейкоцитурия

21. К основным методам выявления туберкулеза мочевой системы не относится:

1. рентгенологический
2. микробиологический
3. туберкулиновых проб
4. клинический

22. Среди инструментальных методов исследования наибольшее значение для распознавания туберкулеза мочевого пузыря имеет:

1. ретроградная пиелография
2. цистоскопия
3. внутривенная урография

4. инфузионная урография

5. хромоцистоскопия

6. цистоскопия с биопсией стенки мочевого пузыря

23. При нефротуберкулезе поражается в первую очередь:

1. канальцевый аппарат почки
2. клубочковый

24. Для диагностики туберкулеза мочевой системы особенно у детей и подростков следует учитывать:

1. наличие контакта с больными туберкулезом
2. ранее перенесенный внелёгочный туберкулез
3. текущий туберкулез других локализаций
4. все вышеперечисленные факторы

25. Основным путем выявления туберкулеза мочеполовой системы сегодня является:

1. обследование контактов
2. обращение к врачу
3. систематическая постановка туберкулиновых проб
4. исследование анализа мочи
5. проведение обзорной рентгенографии органов брюшной полости

26. Для выявления больных туберкулезом мочевой системы особое внимание следует обращать на лиц:

1. с опухолью почек
2. с аномалией развития мочевой системы
3. с хроническими воспалительными заболеваниями почек
4. с мочекаменной болезнью
5. с заболеваниями туберкулезом других органов
6. все перечисленное

27. Применение антибиотиков широкого спектра действия при туберкулезе мочеполовой системы показано при:

1. сочетании специфической и неспецифической инфекции мочевой системы
2. наличии клиники пиелонефрита
3. наличии признаков мочекаменной болезни

28. Основными хирургическими методами, применяющимися при лечении туберкулеза мочевых органов, являются:

1. органосохраняющие операции
2. нефрэктомия
3. наложение уретероцистонастомоза

29. Показанием к проведению органосохраняющих операций на почках при туберкулезе мочевой системы не является:

1. множественные полости с упорной пиурией
2. множественные полости с упорной микобактериурией
3. появление микобактерий туберкулеза в моче
4. отсутствие или резкое снижение функции органа

30. Основными противопоказаниями к проведению операций при туберкулезе мочевой системы являются:

1. большая распространенность специфического процесса в обеих почках
2. туберкулез других органов
3. хроническая почечная недостаточность (ХПН)
4. активный туберкулез почек

31. Исходы туберкулеза почек – это:

1. нефролитиаз
2. обызвествление каверн
3. гидронефроз
4. посттуберкулезный пиелонефрит с деформацией чашечно-лоханочной системы
5. все ответы правильные

32. Основными критериями излечения туберкулеза мочевой системы являются:

1. прекращение лейкоцитурии
2. нормализации функциональных показателей почек
3. развитие стеноза мочеточника
4. формирование кальцинатов в паренхиме почек
5. прекращение микобактериурии

33. После завершения основного курса лечения больные туберкулезом мочеполовой системы

1. нуждаются в санаторном лечении
2. санаторное лечение желательно, но не обязательно
3. в санаторном лечении не нуждаются

Резюме:

С целью определения уровня знаний по урогенитальному туберкулезу врачей разных специальностей (урологи, гинекологи, терапевты, фтизиатры) было проведено очное тестирование специалистов, проходивших тематическое усовершенствование на кафедре туберкулеза факультета последипломного образования НГМУ, а также заочное тестирование на сайте igoweb.ru по специально разработанной программе. Очно был опрошен 261 человек, интерес к интернет-тестированию проявили 14 врачей.

Представлены результаты опроса. Ни один человек не дал правильные ответы на все вопросы. Только четверть опрошенных знали, что вероятность получения роста микобактерий туберкулеза (МБТ) выше, если сеять дневную порцию мочи, оптимально – несколько раз в течение одного дня. Сложными оказались вопросы по клиническому проявлению и лабораторным признакам уротуберкулеза; практически все группы участников затруднились с определением исходов туберкулеза почек и критериев его излечения.

Существенной разницы между уровнем знаний между группами не выявлено: урологи, гинекологи и терапевты дали правильные ответы в 59,2% – 63,7%; закономерно лучшую подготовку по этому вопросу продемонстрировали фтизиатры, которые верно ответили в 77,2% случаев.

Недостаточная настроенность ведет к позднему распознаванию уротуберкулеза, на стадии развития тяжелых, необратимых инвалидизирующих осложнений; для демонстрации этого постулата приведено клиническое наблюдение больного генерализованным мочеполовым туберкулезом, поликавернозным туберкулезом правой почки с исходом в сморщивание, туберкулезным папилитом левой почки, туберкулезом обоих мочеточников, мочевого пузыря, уретры, предстательной железы. Также у него диагностирован двусторонний туберкулезный эпидидимит, туберкулез кишечника. Проанализирована тактика ведения этого пациента, установлены ошибки.

Ключевые слова: урогенитальный туберкулез, диагностика, лечение, тесты.

Key words: urogenital tuberculosis, diagnostics, treatment, tests.

ЛИТЕРАТУРА

- World Health Organization. Global tuberculosis report, 2013. WHO/HTM/TB/2013.11. Geneva, Switzerland: WHO, 2013// URL: www.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf
- World Health Organization. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Geneva, Switzerland: WHO, 2013// URL: http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf
- WHO. Fact sheet №104, Reviewed March 2014 // URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>
- Жукова И.И., Кульчавеня Е.В., Холтобин Д.П., Брижатюк Е.В., Хомяков В.Т., Осадчий А.В Туберкулез мочеполовой системы сегодня. // Урология. 2013. N 1. С. 13-16.
- Кульчавеня Е.В., Краснов В.А., Скорняков С.Н., Мукамбаев К., Зубань О.Н., Холтобин Д. П. Современные тенденции эпидемической ситуации по внеторакальному туберкулезу. //Туберкулёз и болезни лёгких. 2013. N 12. С. 34-38.
- Ревакина О.В., Алексеева Т.В., Мурашкина Г.С., Павленок И.В Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном Федеральных округах. Новосибирск, 2013. 89 с.
- Туберкулез в Российской Федерации, 2011 год. Аналитический обзор статистических показателей используемых в Российской Федерации и в мире. М., 2013. 280 с.
- Nakane K, Yasuda M, Deguchi T, Takahashi S, Tanaka K, Hayami H, Hamasuna R, Yamamoto S, Arakawa S, Matsumoto T. Nationwide survey of urogenital tuberculosis in Japan. // Int J Urol. 2014. Vol. 21, N 11. P. 1171-1177.
- Степанов П.И. Структура поражения половых органов мужчин туберкулезом. // Туберкулёз и болезни лёгких, 2014. N 3. С. 47-53.
- Sánchez Sánchez E, Fernández González I, Ruiz Rubio JL, Herrero Payo A, Romero Cajigal I, Aramburu Gonzalez A, Antonio Moreno J, Berenguer Sánchez A. Transrectal echography in tuberculous prostatitis // Arch Esp Urol. 1994. Vol. 47, N 10. P. 1016-1018.
- Ludwig M, Velcovsky HG, Weidner W. Tuberculous epididymo-orchitis and prostatitis: a case report. // Andrologia. 2008. Vol. 40, N 2. P. 81-83.
- Кульчавеня Е.В., Баранчукова А.А., Щербань М.Н. Биопсия простаты в диагностике туберкулеза предстательной железы. // Современные вопросы урологии, андрологии, репродуктивной медицины: материалы. Новосибирск, 2008. С. 56.
- Камышан И.С. Руководство по туберкулезу урогенитальных органов. Киев, 2003. 212 с.
- Brizhatyuk E., Baranchukova A., Kulchavenya E. Transrectal ultrasound guided biopsies in diagnostics of prostate tuberculosis. // Europ Resp J. 2008. Vol. 32, Suppl. 52. abs. 2446
- Kholtobin D., Kulchavenya E., Brizhatyuk E. Prostate biopsy for diagnosis of prostate tuberculosis. // ERS annual Congress, Amsterdam, 2011. 496 s. P2692.
- Miletic B, Morovic M, Tomic Z, Ticac B. Tuberculous orchiepididymitis and CNS complication. // Aktuelle Urol. 2006. Vol. 37, N 1. P. 67-68.
- Камышан И.С., Бязров С.Т., Погребинский В.И. Туберкулез предстательной железы. // Урология и нефрология. 1986. N 2. С.65-71.
- Камышан И.С., Бязров С.Т., Погребинский В.И. Роль биопсии предстательной железы у больных туберкулезом органов мочеполовой системы. //Урология и нефрология. 1988. N 2. С. 12-15
- Камышан И.С., Бязров С.Т., Погребинский В.И. Химиотерапия больных с туберкулезом предстательной железы. //Урология и нефрология. 1991. N 3. С. 21-25
- Donahue T, Moul J. Diagnostic accuracy of prostate needle biopsy. // Curr Urol Rep. 2002. Vol. 3, N 3. P. 215-221.
- Кульчавеня Е.В., Баранчукова А. А. Классификация, клиническая картина и диагностика туберкулеза мочевой системы. // Медицина и образование в Сибири: эл. ресурс. 2013 N 5. URL: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1143.