

# МЕДИЦИНА, ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В ОБРАЗОВАНИИ

---

УДК 61

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

© 2008 Р.М. Низамов, Е.В. Сухова\*

Приведены результаты статистической обработки 350 историй болезни пациентов с нефротуберкулезом, проходивших курс стационарного лечения в Самарской областной туберкулезной больнице за период 2002 - 2006 гг. Выявлены клиничко-лабораторные особенности течения туберкулеза мочевыделительной системы, получены данные о среднем возрасте больных с нефротуберкулезом в области, о средней продолжительности заболевания. Сделан вывод, что средние показатели урограммы и гемограммы не позволяют своевременно заподозрить диагноз "нефротуберкулез". Для своевременной диагностики туберкулеза мочевыделительной системы и адекватного лечения в Самарской области необходима организация специализированного центра по внелегочному туберкулезу.

Проблема туберкулеза является глобальной. Внелегочный туберкулез - сложная проблема фтизиатрии, в том числе и в России. По мнению А.Е. Гарбуз<sup>1</sup>, внелегочным локализациям туберкулеза в нашей стране уделяется недостаточно внимания. При выявлении туберкулеза мочеполовой системы у половины больных (43,8-53,1%) диагностируются деструктивные изменения (Ф.А. Батыров, В.А. Хоменко, Л.Н. Шмакова<sup>2</sup>). Э.М. Пармон<sup>3</sup> акцентирует внимание на патоморфозе нефротуберкулеза. 10 - 15 лет назад микобактериоурия регистрировалась у 75-84% больных впервые выявленным мочеполовым туберкулезом. К 2001 г. этот показатель снизился до 44% (Е.В. Кульчавеня<sup>4</sup>). Актуальность проблемы внелегочного туберкулеза заключается в трудностях диагностики, в недостаточной информированности об особенностях патологии, в неосведомленности врачей общей лечебной сети, что обуславливает запоздалую диагностику. Ее результатом является 30-80% инвалидизации больных с данной патологией.

Целью проведенного исследования явилось изучение клиничко-лабораторных характеристики больных туберкулезом мочевыделительной системы в Самарской области.

Исследование проводилось на базе Самарской областной туберкулезной больницы. Всего в рамках исследования был проведен ретроспективный анализ 350 историй болезни пациентов с нефротуберкулезом, проходивших курс стационарного лечения в Самарской областной туберкулезной больнице за период 2002 - 2006 гг. Выборка была тотальной. В 202 случаях пациентами были женщины, в 148 случаях - мужчины. Возраст больных был от 25 до 71 года.

Обследование больных соответствовало стандартам обследования фтизиоурологического пациента, изучалось функциональное состояние печени, всем были проведены электрокардиография, рентгенография легких. Исследование на креатинин было проведено не всем пациентам, поэтому данный показатель в статистике было использовать невозможно. Все 350 пациентов осматривались невропатологом, окулистом, оториноларингологом. У всех проводилось обследование мокроты на наличие микобактерий. Наличие микобактерий в моче подтверждалось бактериоскопическим и бактериологическим методами. Всем 350 больным проводилась экскреторная урография. Анализировались осложнения основного заболевания, сопутству-

---

\* Низамов Раис Мударисович, главный врач государственного учреждения здравоохранения Самарской областной туберкулезной больницы, врач высшей квалификационной категории; Сухова Елена Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой "Безопасность жизнедеятельности населения" Самарского государственного экономического университета, врач высшей квалификационной категории.

ющие заболевания туберкулезной и нетуберкулезной этиологии, перенесенные хирургические вмешательства.

Статистическая обработка полученных данных была проведена с применением следующих статистических методов:

- 1) расчет основных числовых статистических характеристик;
- 2) анализ взаимосвязи между признаками;
- 3) расчет парного коэффициента корреляции Пирсона и проверка его статистической значимости;
- 4) построение логит-моделей;
- 5) регрессионный анализ;
- 6) проверка статистических гипотез, характеризующих качество построенных моделей в целом и по параметрам.

К общим симптомам нефротуберкулеза относятся изменение общего состояния, повышение температуры тела, артериальная гипертензия. Из 350 пациентов у 75 чел. (21,46%) была выявлена артериальная гипертензия. Жалобы на изменение общего состояния предъявляли 95 пациентов (27,12%). Повышение температуры тела до субфебрильных цифр было отмечено у 34 больных (9,71%).

Местные признаки нефротуберкулеза подразделяются на субъективные (боли и расстройства мочеиспускания) и объективные (физикальные признаки, изменения мочи).

Боли в проекции почек были отмечены у 101 пациента (28,83%). Боли были тупого, ноющего характера. Расстройства мочеиспускания (частое болезненное мочеиспускание) было выявлено у 77 обследованных (22,0%). Физикальные признаки имелись у 64 больных (18,27%). Гематурия имелась у 140 пациентов (40,0%). У 146 чел. (41,71%) были обнаружены микобактерии в моче.

У 1 больного (0,28%) был паранефральный абсцесс. Температура тела у него достигала 40°C, были приступы лихорадки, слабость, головная боль, сильные боли в поясничной области. Общее состояние было тяжелым.

У 72 (20,55%) пациентов в качестве осложнения основного заболевания диагностирована хроническая почечная недостаточность (ХПН) - значительное и необратимое снижение функции почек в течение несколь-

ких месяцев. Для диагностики ХПН было необходимо установление факта хронизации нефротуберкулеза. ХПН ренальной этиологии была у всех 72 больных нефротуберкулезом, постренальной этиологии (обструкции мочевыделительных путей) не было. Неврологические проявления (сонливость, спутанность сознания) были у всех пациентов с ХПН. Сердечно-сосудистая симптоматика в виде повышения артериального давления была у всех пациентов с диагностированной ХПН. Максимальный показатель систолического давления составлял 240 мм рт. ст., максимальный показатель диастолического давления составлял 130 мм рт. ст.

Желудочно-кишечные расстройства (анорексия, тошнота, рвота) отмечались в разной степени у всех пациентов. Метаболические расстройства (утомляемость, нарушение сна) были у всех пациентов с ХПН.

Гематологические осложнения ХПН в виде анемии были у 1 пациента (1,38% от числа больных ХПН), сердечно-сосудистые расстройства в виде артериальной гипертензии и нервно-мышечные расстройства (спутанность сознания, эмоциональная лабильность) были у всех пациентов (100%), желудочно-кишечные расстройства (язвы, гастриты, колиты, гепатиты) были у 5 больных (6,94%). Метаболические расстройства в виде почечной остеодистрофии были у 1 пациента (1,38% от числа больных ХПН).

У 35 больных нефротуберкулез сочетался с неспецифическим пиелонефритом (10,0%). Температура тела у них была до 38°C, беспокоили озноб, слабость, недомогание, неопределенное чувство разбитости, быстрая утомляемость, апатичность, сонливость днем, боли в пояснице тупого, ноющего характера (часть больных иногда вместо слова "боль" употребляли слово "неприятные ощущения в области поясницы", т.е. боли были неинтенсивными), головная боль, тяжесть в области живота, расстройство мочеиспускания, преимущественно ночью, неприятные ощущения во время мочеиспускания - жжение, продолжающиеся позывы.

У 20 пациентов отмечался также туберкулез мочевого пузыря (5,74%). Их беспокоили постоянные тупые боли в надлобковой области, которые заметно усиливались во время мочеиспускания, когда также было

ощущение жжения, нового позыва. У данных лиц мочеиспускание было частым, болезненным, что вызывало заметный дискомфорт.

У 2 пациентов (0,57%) была стриктура мочеточников, что проявлялось болями и чувством тяжести в поясничной области при мочеиспускании, чувством неполного опорожнения, повторным позывом к мочеиспусканию, мочеиспускание проходило двумя порциями, с напряжением.

У 2 пациентов (0,57%) было вторичное камнеобразование, что проявлялось в приступах почечной колики.

У 1 пациента (0,28 %) был уросепсис. Общее состояние больного характеризовалось как тяжелое, были выражены общая слабость, адинамия, потрясающий озноб, контакт был затруднен, рвота наблюдалась до 5 раз в сутки, кожные покровы были слегка желтушны, отмечалась пастозность голеней, частота дыхательных движений была 35 в минуту, артериальное давление (АД) было 90 / 60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 130 в минуту, печень была увеличена на

У 22 пациентов (6,28%) сопутствующим заболеванием был сахарный диабет.

Алкоголизмом (по заключению нарколога) страдали 8 чел., из них 1 женщина. Диагноз наркомании был поставлен одному мужчине в возрасте 50 лет, причем ему же был поставлен диагноз "алкоголизм".

Средние показатели анамнестических данных больных нефротуберкулезом были проанализированы и представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, средний возраст пациентов составил  $53,97 \pm 14,70$  года. Средняя продолжительность заболевания по анамнезу составила  $9,14 \pm 8,39$  года.

Средние показатели лабораторных данных больных нефротуберкулезом по Самарской области представлены в табл. 2.

В табл. 2 представлены лабораторные показатели гемограммы, урограммы, некоторые биохимические данные больных нефротуберкулезом Самарской области.

Из медицинской литературы известно, что при внелегочном туберкулезе бактериовыделение скудное. 10 - 15 лет назад микобакте-

Таблица 1

**Средние показатели анамнестических данных больных нефротуберкулезом**

Показатели	$\bar{X} \pm \sigma$
Возраст, лет	$53,97 \pm 14,70$
Срок болезни по анамнезу, лет	$9,14 \pm 8,39$

3 см, край мягкий, слегка болезненный, температура тела была выше  $38^{\circ}\text{C}$ , к вечеру повышалась.

У 2 (0,57%) пациентов был выявлен вторичный амилоидоз почек. Больных беспокоили слабость, недомогание, головная боль, чувство разбитости, отеки.

У 294 (84,25%) больных сопутствующих заболеваний туберкулезной этиологии не было.

У 41 (11,76%) пациента в качестве сопутствующего заболевания были различные формы туберкулеза легких в фазе инфильтрации.

Сопутствующий туберкулезный спондилит был выявлен у 10 (2,8%) больных.

Сопутствующее поражение плечевого сустава туберкулезной этиологии было у 1 (0,28%) пациента.

Сопутствующее поражение локтевого сустава туберкулезной этиологии было у 2 (0,57%) пациентов.

Сопутствующий менингит туберкулезной этиологии был у 2 (0,57%) пациентов.

риоурия регистрировалась у 75-84% больных впервые выявленным мочеполовым туберкулезом. К 2001 г. этот показатель снизился до 44%<sup>5</sup>. В нашем исследовании у 146 чел. (41,71%) были обнаружены микобактерии в моче. Процент бацилловыделения в моче при нефротуберкулезе в Самарской области совпадает с данными Е.В. Кульчавеня.

У подавляющего большинства пациентов (35-60%) заболевание выявляется на поздней стадии, многие длительное время наблюдаются в поликлинике общей лечебной сети. Туберкулез почек протекает как вялотекущее заболевание с клиникой рецидивирующего пиелонефрита. Больные длительно наблюдаются и лечатся у врачей различных специальностей (терапевт, невролог, уролог), не подвергаясь обследованию на туберкулез. По данным исследователей, изучавших данную проблему, лишь у 18,1% пациентов туберкулез почек был диагностирован через год после заболевания. В основном деструктивные

Таблица 2

**Средние показатели лабораторных данных больных нефротуберкулезом в Самарской области**

Показатели	$\bar{X} \pm \sigma$
Общий анализ мочи - удельный вес	1,012,99±5,62
Общий анализ мочи - белок, г/л	0,04±0,13
Общий анализ мочи - эритроциты в поле зрения	6,13±17,10
Общий анализ мочи - лейкоциты в поле зрения	8,66±22,70
Анализ мочи по Нечипоренко - лейкоциты $\cdot 10^6/\text{л}$	9,56±24,54
Анализ мочи по Нечипоренко - эритроциты $\cdot 10^6/\text{л}$	3,59±15,46
Анализ мочи по Зимницкому - дневной диурез, мл	956,62±333,78
Анализ мочи по Зимницкому - ночной диурез, мл	625,47±223,05
Анализ мочи по Зимницкому - удельный вес	1,008,29±4,43
Общий анализ крови - гемоглобин, г/л	125,42±19,16
Общий анализ крови - эритроциты $\cdot 10^{12}/\text{л}$	4,77±16,74
Общий анализ крови - СОЭ, м/ч	15,82±13,04
Общий анализ крови - лейкоциты $\cdot 10^9/\text{л}$	6,04±2,39
Общий анализ крови - палочкоядерные лейкоциты, %	3,88±3,37
Общий анализ крови - сегментоядерные лейкоциты, %	64,36±3,58
Общий анализ крови - моноциты, %	3,28±1,85
Общий анализ крови - эозинофилы, %	1,92±1,64
Общий анализ крови - лимфоциты, %	26,42±5,24
Биохимия крови - билирубин, мкм/л	9,52±5,15
Биохимия крови - тимоловая проба, ЕД	1,30±0,98
Биохимия крови - сулемовая проба, мл	1,92±0,64
Биохимия крови - АЛТ, мкм/л	0,91±0,76
Биохимия крови - мочевины, мм/л	8,03±6,69
Биохимия крови - глюкоза, мм/л	4,31±0,72

формы специфического процесса были выявлены через 2-5 и 6-10 лет после начала клинического проявления болезни (Р.К. Ягафрова, Г.А. Курашкин, А.В. Биспен, О.Н. Зубань)<sup>6</sup>. Эти данные совпадают с полученными нами результатами. Средняя продолжительность заболевания по анамнезу у больных нефротуберкулезом в Самарской области составила  $9,14 \pm 8,39$  года.

Е.В. Кульчавеня были получены следующие клиничко-лабораторные характеристики больных туберкулезом мочевыделительной системы: дизурические явления (57,1%), боль в области почек (58,9%), гематурия (30,4%), почечная колика (16,1%)<sup>7</sup>. По нашим данным, дизурические нарушения были выявлены у 77 обследованных (22,0%), боли в проекции почек были отмечены у 101 пациента (28,83%), гематурия имела у 140 пациентов (40,0%). У 35 больных нефротуберкулез сочетался с неспецифическим пиелонефритом (10,0%). У 146 чел. (41,71%) были обнаружены микобактерии в моче. Вторичное камнеобразование, которое проявлялось в приступах почечной колики, было у 2 пациентов (0,57%). Эти данные расходятся с дан-

ными Е.В. Кульчавеня. У 20 пациентов отмечался также туберкулез мочевого пузыря (5,74%).

У 72 (20,55%) пациентов в качестве осложнения основного заболевания была диагностирована хроническая почечная недостаточность (значительное и необратимое снижение функции почек в течение нескольких месяцев).

Таким образом, клиничко-лабораторные характеристики больных нефротуберкулезом в Самарской области как совпадают, так и по некоторым параметрам отличаются от представленных в литературе.

Удельный вес внелегочного туберкулеза в высокоразвитых странах составляет от 1/4 (Австралия, Швейцария, Германия) до 1/3 (США) и 1/2 (Канада) среди всех выявленных больных. В Российской Федерации в структуре общей заболеваемости и болезненности внелегочные формы составили, соответственно 6,2% и 12,1%. По сравнению с высокоразвитыми странами в нашей стране недовыявляется и недоучитывается более половины больных. За последние годы увеличилось число больных с полиорганными

формами заболевания, когда наряду с туберкулезом легких поражается один или несколько органов, при этом данная тяжелейшая категория больных учитывается только по туберкулезу легких. По расчетам А.Е. Гарбуз общее число больных внелегочным туберкулезом в России должно составлять около 100-150 тыс. чел.<sup>8</sup> Увеличение удельного веса среди впервые выявленных больных внелегочным туберкулезом людей с одновременным поражением нескольких органов и систем (на 45%) свидетельствует о несвоевременности обнаружения внелегочного туберкулеза и поздней диагностике. Несвоевременность выявления туберкулеза мочевыделительной системы можно объяснить трудностями его диагностики. В Санкт-Петербургском НИИ фтизиопульмонологии Минздрава РФ для диагностики нефротуберкулеза используются различные серологические методы, экскреторная урография, статистическая и динамическая сцинтиграфия почек, радиоизотопная ренография до и после оперативного лечения (Р.К. Ягафарова, Е.И. Потапенко, Р.И. Шендерова, О.А. Якунова, О.Л. Короленок, М.О. Кусурсуз, Е.А. Сушкова)<sup>9</sup>. Проведенное исследование показало, что у 72 (20,55%) пациентов в качестве осложнения основного заболевания была диагностирована хроническая почечная недостаточность. Неврологические проявления были у всех пациентов с ХПН. Сердечно-сосудистая симптоматика наблюдалась у всех пациентов с диагностированной ХПН. Желудочно-кишечные расстройства отмечались в разной степени у всех пациентов. Метаболические расстройства были у всех пациентов с ХПН.

Гематологические осложнения ХПН были у 1 пациента. Метаболические расстройства в виде почечной остеодистрофии были у 1 пациента. Анализ полученных результатов позволяет сделать заключение о том, что для своевременной диагностики внелегочного туберкулеза необходим специальный центр, оснащенный современным диагностическим оборудованием, квалифицированными специалистами. Отделение для больных нефротуберкулезом должно располагать возможностями лечения больных с хронической почечной недостаточностью.

Приводим клинический пример течения нефротуберкулеза у жительницы Самарской

области в качестве обоснования необходимости создания в регионе центра внелегочного туберкулеза.

В.М.Н. 71 год (родилась 18 сентября 1931 г.), поступила в Самарскую областную туберкулезную больницу 21 июля 2003 г. (история болезни № 578), русская, пенсионерка, инвалид второй группы.

*Диагноз направившего учреждения.* Туберкулез мочевой системы, V А, МБТ (+), ХПН (мочевина от 8 июля 2003 г. - 26,4 ммоль/л.

*История настоящего заболевания.* С 1964 г. наблюдается и лечится по поводу коралловидных камней почек. В 1975 г. была операция по поводу коралловидных камней на левой почке. В мае 2003 г. при посеве мочи были выявлены микобактерии и пациентка была направлена на стационарное лечение в туберкулезную больницу.

*История жизни.* Родилась в сельской местности, в Самарской области. Росла и развивалась нормально. Образование неполное среднее.

*Перенесенные заболевания.* Страдает мочекаменной болезнью с 1964 г. В 1975 г. удален коралловидный камень из левой почки. В 1954 г. была произведена аппендэктомия.

*Данные физических методов исследования. Наружное исследование.* Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. На теле множество пигментных пятен. Патологии со стороны костно-суставной системы не определяется. Видимые слизистые оболочки бледные, слабозащитной окраски. Периферические лимфатические узлы не прощупываются.

Нервная система без патологических изменений. Органы дыхания без патологических изменений.

*Органы кровообращения.* При осмотре области сердца патологических изменений не обнаружено. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см вправо от срединноключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: справа - по правому краю грудины, сверху - по нижнему краю третьего ребра. Сосудистый пучок не выходит за края грудины. Тоны сердца ритмич-

ные, глуховатые. Пульс 70 уд./мин., напряженный, твердый, ритм правильный. Артериальное давление 210/120 мм рт. столба.

*Органы пищеварения.* Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Печень не выступает из-под края реберной дуги. *Органы мочевого выделения.* Мочеиспускание безболезненное. Поколачивание поясничной области безболезненное. При пальпации почки не определяются.

*Дополнительные данные.* В анализе крови имеются показатели воспаления. СОЭ - 45 мм/ч. Повышено количество мочевины - 16,5 мм/л. В общем анализе мочи были выявлены лейкоциты - 5-7 в поле зрения, эритроциты - свежие 1-3 в поле зрения, эпителиальные клетки - 1-2 в поле зрения, моча мутная.

Посев мочи на МБТ 22 августа 2003 г. Выделена культура микобактерий туберкулеза. Рост более 20 колоний.

Обзорная рентгенограмма и экскреторные урограммы от 6 августа 2003 г.: почки увеличены в размерах. Правая почка опущена. Чашечно-лоханочная система обеих почек заполнена коралловидными конкрементами. Функция левой почки отсутствует, правой почки сохранена. Мочеточник справа расширен на всем протяжении. Слева контраста в мочевыводящих путях нет. Мочевой пузырь с ровными контурами, по женскому типу.

*Заключение.* Коралловидные камни обеих почек с отсутствием функции левой почки и нарушением функции правой почки. Клинический диагноз от 23 июля 2003 г.: туберкулез мочевой системы. Коралловидные камни обеих почек, ХПН - декомпенсированная стадия, отсутствие функции левой почки. Вторичная анемия.

Лечение было направлено на снижение мочевины в сыворотке крови (гемодез внутривенно, глюкоза внутривенно, лазикс). Решено противотуберкулезное лечение провести после результата посева мочи на МБТ.

Не дожидаясь результата посева мочи на МБТ (он пришел 29 сентября 2003 г.), больная самовольно покинула отделение 22 августа 2003 г., решительно отказавшись от проведения химиотерапии.

Последний анализ мочевины в крови от 18 августа 2003 г. - 18,6 мм/л.

Посев мочи на МБТ от 24 августа 2003 г.: выделена культура МБТ, рост - обильный.

Лечение по поводу нефротуберкулеза проводилось амбулаторно в городском противотуберкулезном диспансере № 2. В 2004 г. находилась на лечении в противотуберкулезном санатории "Лесное". В начале 2005 г. в противотуберкулезном диспансере № 2 в посевах мочи обнаружили МБТ+, и больная была направлена в нефрологическое отделение городской туберкулезной больницы №1.

*Наружное обследование.* Общее состояние больной крайне тяжелое, адинамично, в сознании. Бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Сухость кожных покровов. Изо рта запах мочевины. Подкожно-жировой слой развит слабо. На коже большое количество меланоподобных образований. Периферические лимфатические узлы не прощупываются.

*Органы дыхания.* Грудная клетка правильной формы. При аускультации легких по всей поверхности определяется ослабленное везикулярное дыхание.

*Органы кровообращения.* Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Верхний толчок прощупывания в пятом межреберье кнутри от срединноключичной линии. Тоны сердца глухие, систолический шум во всех точках аускультации сердца. Ритм сердца правильный. Пульс напряжен, твердый. АД 210/110 мм рт. ст.

*Органы пищеварения.* Язык влажный, обложен беловатым налетом. Изо рта запах мочевины.

*Органы мочевого выделения.* Мочеиспускание безболезненное. Поколачивание поясничной области безболезненное. При анализе крови мочевина - 17,2 мм/л. R-графия грудной клетки от 19 апреля 2005 г.: справа в верхней доле определяется шаровидный фокус с размерами 3,0-3,5 см с дорожкой к верхнему полюсу корня. Слева в верхней доле определяется группа полиморфных очагов. Синусы свободные.

*Заключение.* Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого с обсеменением верхушки левого легкого. Туберкулез мочевой системы. Туберкулезный папиллит обеих почек с исходом в нефросклероз. ХПН - терминальная стадия. Инфильтративный туберкулез верхней доли справа с обсеменением верхушки левого легкого. Анемия.

Назначено соответствующее лечение: общеукрепляющее, симптоматическое, противовоспалительное.

4 августа 2005 г. больная самостоятельно покинула отделение.

23 мая 2006 г. больная В.М.Н., 1931 года рождения, пенсионерка, инвалид 2 группы, вновь поступила в Самарскую областную туберкулезную больницу (история болезни № 458/65).

*Диагноз направившего учреждения.* Кавернозный туберкулез правой почки.

*Жалобы при поступлении.* Резкая общая слабость.

Наружное исследование: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное.

*Органы кровообращения:* область сердца без видимой патологии, границы относительной сердечной тупости в пределах нормы, тоны сердца глухие, систолический шум на всех отверстиях. Ритм сердца правильный, пульс удовлетворительного наполнения и напряжения 78 уд./мин, АД 145/80 мм рт. ст.

*Органы мочевого выделения:* область почек без видимой патологии. Симптом Пастернацкого слабо положительна справа (+).

Анализ посева мочи от 16 октября 2006 г. выделена культура МБТ.

Обзорная урограмма от 6 июня 2006 г.

*Заключение.* Омелотворенные почки (больше слева) с наличием коралловидных камней.

*Диагноз клинический:*

а) основной: туберкулез мочевого системы, кавернозный туберкулез почек 2А. МБТ(+);

б) сопутствующий: ХПН 2-3; мочекаменная болезнь;

в) осложнения: очаговый туберкулез верхних долей легких в фазе уплотнения.

Проведен курс соответствующей терапии.

Выписана 5 сентября 2006 г. (105 койко-дн.) с рекомендацией наблюдения у фтизиатра и нефролога.

Последнее поступление больной В.М.Н., 1931 года рождения, пенсионерки, инвалида 2 группы, было 5 марта 2007 г. (история болезни № 199/16).

*Жалобы при поступлении.* Жалобы на резкую общую слабость, больная настолько слаба и адинамична, что с трудом отвечает на вопросы.

*Наружное исследование.* Общее состояние крайне тяжелое, положение пассивное, сознание ясное, но реагирует на вопросы

очень вяло. Одышка в покое. Геморрагические высыпания на коже по всему телу.

*Органы дыхания.* При аускультации легких определяется жесткое дыхание по всей поверхности легких.

*Органы кровообращения.* Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца глухие, систолический шум над всеми точками. Пульс частый, ритм правильный, 100 уд./мин. АД 100 / 60 мм рт. ст.

*Органы пищеварения.* Язык сухой. Обложен черным налетом. Органы мочевого выделения. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеточниковые точки безболезненные.

*Диагноз.* Туберкулез мочевого системы с исходом в нефросклероз. ХПН, терминальная стадия. Вторичная анемия. Азотемическая уремия. Застойная пневмония. Перелом левого плеча (со 2 июля 2008 г.).

Лечебные мероприятия соответственно диагнозу и состоянию больной были начаты сразу же при поступлении. Однако эффекта не было. Мочи за все время наблюдения не было выделено. 7 марта 2007 г. в 0-50 больная умерла от остановки сердца и дыхания.

*Посмертный диагноз:*

а) основной: туберкулез мочевого системы с поражением обеих почек и с исходом в нефросклероз. *Причина смерти:* ХПН, терминальная стадия, уремическая уремия. *Осложнения:* застойная пневмония. Вторичная анемия;

б) сопутствующие: церебросклероз, хроническая недостаточность мозговых сосудов 3 ст. Перелом левого плеча (2 июля 2007 г.).

Заключения по вышеизложенному клиническому примеру состоят в следующем.

С 33-летнего возраста (с 1964 г.) больная страдала хроническим пиелонефритом и мочекаменной болезнью. В 1975 г. на левой почке была проведена операция, подтвердившая коралловидные камни в почках. Туберкулез мочевого системы был выявлен поздно (всего лишь в мае 2003 г.) по результатам посева мочи. Больная сразу же была направлена на стационарное лечение. Бактериологическое исследование мочи подтвердило туберкулез мочевого системы (в одной пробе рост колоний более 20, в другой - сплошной рост). Однако от специфической химиотерапии туберкулеза больная отказалась и самостоятельно покинула отделение. Лечение проводилось амбулаторно и в противотуберкулез-

ном санатории "Лесное". Именно из санатория "Лесное" в 2005 г. больная была направлена на стационарное лечение в ГТБ №1. При этом в моче при посеве была обнаружена единичная колония МБТ, а в легких диагностирован инфильтративный туберкулез верхней доли справа с обсеменением верхней доли левого легкого. Из сказанного следует сделать вывод, что после выявления туберкулеза мочевой системы в 2003 г. противотуберкулезное лечение в амбулаторных условиях, а затем и в противотуберкулезном санатории "Лесное" было неэффективным. Причину такой неэффективности установить не удалось (возможно, это был недостаточный врачебный контроль).

При лечении в стационарных условиях в 2005 и затем в 2006 гг. больная получала по схеме полноценное противотуберкулезное лечение, с 2005 г. все посева мочи на МБТ вплоть до гибели больной были отрицательными. Однако это не остановило развитие нефросклероза, что в конечном итоге привело к азотемической уремии и смерти.

Лечение больных туберкулезом мочевыделительной системы с хронической почечной недостаточностью должно проводиться в отделении, располагающем гемодиализом. У больной имелась полиорганная патология. Ведение таких пациентов должно осуществляться специалистами различных профилей.

Необходим мониторинг каждого случая хронического пиелонефрита и какой-либо другой патологии мочевой системы.

Диагностика должна проводиться с применением современных методов (генной диагностики, компьютерной томографии, рентгеноконтрастных методов диагностики). Все это возможно в условиях специализированного центра по внелегочному туберкулезу.

В настоящее время в Самарской области центра по внелегочному туберкулезу нет. Ре-

зультаты проведенного исследования доказывают необходимость организации центра по внелегочному туберкулезу в Самарской области.

Выводы из проведенного исследования состоят в следующем.

1. Средний возраст пациентов с нефротуберкулезом в Самарской области составил  $53,97 \pm 14,70$  года.

2. Средняя продолжительность заболевания по анамнезу у больных нефротуберкулезом в Самарской области составила  $9,14 \pm 8,39$  года.

3. Средние показатели урограммы и гемограммы не позволяют своевременно заподозрить диагноз "нефротуберкулез".

4. Для своевременной диагностики туберкулеза мочевыделительной системы и адекватного лечения в Самарской области необходим центр по внелегочному туберкулезу.

<sup>1</sup> Гарбуз А.Е. Внелегочный туберкулез - актуальная проблема здравоохранения // Материалы XII Всерос. науч.-практ. конф. СПб., 1997. С. 11.

<sup>2</sup> Батыров Ф.А., Хоменко В.А., Шмакова Л.Н. Эпидемиология внелегочного туберкулеза // Проблемы туберкулеза. 2000. № 3. С. 49-53.

<sup>3</sup> Пармон Э.М. Низкоинтенсивное лазерное излучение в комплексном лечении туберкулеза мочевой системы // Проблемы туберкулеза. 1999. № 6. С. 34-37.

<sup>4</sup> Кульчавеня Е.В. Терапия ex juvantibus в дифференциальной диагностике туберкулеза мочеполовой системы // Проблемы туберкулеза. 2001. № 2. С. 29-31.

<sup>5</sup> Там же.

<sup>6</sup> Оперативные методы в лечении нефротуберкулеза // Проблемы туберкулеза. 1999. № 1. С. 39-42.

<sup>7</sup> Кульчавеня Е.В. Указ. соч.

<sup>8</sup> Гарбуз А.Е. Указ. соч. С. 11.

<sup>9</sup> Нейтрофильные и лейкоцитарные факторы иммунного ответа при нефротуберкулезе // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2003. № 10. С. 27-30.