

К.Б. Лелявин, Г.Ф. Жигаев

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

*Иркутский областной противотуберкулезный диспансер (Иркутск)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Своевременное выявление туберкулеза мочеполовых органов, с проведением дифференциальной диагностики в условиях противотуберкулезных учреждений с использованием диагностической базы, современных возможностей микробиологических, морфологических методов позволит достигнуть излечения и полной социально-трудовой реабилитации больных. Поздняя диагностика заболевания ведет к стойкой инвалидности больных или их смерти.

Ключевые слова: мочеполовой туберкулез, диагностика

PROBLEMS OF EARLY DIAGNOSTICS OF URINOGENITAL TUBERCULOSIS

K.B. Lelyavin, G.F. Zhigayev

*Irkutsk Regional TB Dispensary, Irkutsk
Buryat State University, Ulan-Ude*

Seasonable revealing of urinogenital tuberculosis with differential diagnosis in conditions of TB dispensaries with the use of diagnostic data base, present-day abilities of microbiological and morphological methods can bring to good results of treatment and full social-labour rehabilitation of patients. Delayed diagnostics of the disease results in steady disablement or in death.

Key words: urinogenital tuberculosis, diagnostics

Проблема диагностики и лечения внелегочного туберкулеза, в частности, фтизиоурологии остается трудной и нерешенной задачей. С одной стороны изменение экономической ситуации в стране привело к увеличению заболеваемости урогенитальным туберкулезом, с другой — широкое использование антибиотиков широкого спектра действия — к изменению патоморфоза туберкулеза мочеполовых органов (ТМПО) и характера его клинического течения [2, 3, 4]. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению распространенности туберкулеза мочевыделительных и половых органов среди старших возрастных групп [5]. По сведениям ВОЗ (2002 г.), заболеваемость туберкулезом мочевыделительных органов на 100 тыс. населения составляет: Венгрия — 7,1; Германия — 5,0; Югославия — 12,5; Япония — 4,0; Россия — 5,2. Удельный вес пациентов в возрасте 20 — 40 лет не превышает 45,7 — 56,2 %. Отмечаются достоверное снижение количества больных моложе 20 лет и нарастание числа пациентов старше 50 лет. Тем не менее, туберкулез мочевыделительных и половых органов, в основном, остается уделом лиц трудоспособного возраста, достигая 87 % [5]. В то же время около 40 % больных поступают во фтизиоурологический стационар с неправильными диагнозами, после многомесячного и многолетнего ненужного противотуберкулезного лечения вследствие гипердиагностики. Лечение фтизиоурологических больных часто неконтролируемое и недостаточно эффективное, продолжается годами и десятилетиями в больницах, диспансерах, санаториях, и не приводит к излечению, а зачастую форми-

рует штаммы устойчивых к противотуберкулезным медикаментам микобактерий [8, 9].

Особенностью развития мочеполового туберкулеза, занимающего по-прежнему в структуре внелегочного туберкулеза ведущее положение, является патогенетически обусловленная ранняя прогрессирующая утрата функций пораженных органов и систем, что свидетельствует о несостоятельности существующей системы мероприятий по его раннему выявлению и лечению [4, 7, 10]. Так во многих регионах Российской Федерации доля больных урогенитальным туберкулезом среди вновь выявленных больных с внелегочными локализациями в структуре заболеваемости составляет от 30 — 50 % и занимает первое место [2]. Первичная инвалидизация при различных формах туберкулеза мочеполовых органов составляет от 33,7 до 60 %, а ее пик приходится на наиболее трудоспособный возраст — от 36 до 50 лет [1]. У 30 % больных диагноз ТМПО устанавливается врачами общей лечебной сети лишь на основании морфологического исследования удаленных органов [6]. Более чем у половины больных (50,8 %) мочеполовой туберкулез диагностируется в поздней и запущенной стадиях развития туберкулезного процесса, то есть каждый второй случай нефротуберкулеза выявлен тогда, когда орган утрачивается как функционирующая часть организма. Вследствие этого в настоящее время в структуре мочеполового туберкулеза преобладают деструктивные и распространенные формы, диагностируемые у впервые выявленных больных в 40 — 60 % случаев, ведущие к инвалидизации больных в наиболее работоспособном возрасте. Поздняя диагностика соответственно снижает эффек-

тивность лечения и возможности реабилитационных мероприятий, чем и обусловлен высокий процент оперативных вмешательств (58 %) в первый год установления диагноза [13]. У 49–60 % больных преобладают деструктивные формы с существенными анатомо-функциональными нарушениями уже на момент постановки диагноза. Данные В.Н. Ткачук и соавт. свидетельствуют о высоком проценте выполнения органоуносящих операций в ближайшем периоде после выявления заболевания у 40–50 % больных [7].

При аутопсии туберкулез предстательной железы выявляется у 70 % больных тяжелыми формами туберкулеза легких и более чем у 50 % при кавернозном туберкулезе почек [2, 4, 7].

Все вышесказанное свидетельствует о поздней обращаемости пациентов, длительное время получающих лечение в общей лечебной сети (у терапевта, уролога, нефролога и др.) по поводу хронических заболеваний мочеполовой системы (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, хронический цистит, хронический простатит, узловые образования предстательной железы, мочевого синдром, рецидивирующие эпидидимиты, гидронефроз неясной этиологии и др.) и недостаточной фтизиатрической настороженности врачей общей лечебной сети, недоучетом высокой инфицированности населения микобактериями, трудностью дифференциальной диагностики, несовершенством диагностической базы и ограниченными возможностями применения в клинических условиях современных мини- или неинвазивных методик.

Выявление лиц с подозрением на туберкулез мочеполовых органов является обязанностью нетуберкулезных лечебно-профилактических учреждений, а проведение дифференциальной диагностики и верификации диагноза является компетенцией учреждений фтизиатрического профиля. Противотуберкулезная служба должна окончательно установить диагноз и организовать лечение и диспансерное наблюдение больного туберкулезом мочеполовых органов. К сожалению, в общей лечебной сети отсутствует система обследования лиц с подозрением на мочеполовой туберкулез, общеклинический минимум не предполагает проведение микробиологического обследования. Со своей стороны в противотуберкулезной службе работает явно недостаточное количество фтизиоурологов.

В результате на фоне роста общей заболеваемости туберкулезом в последние годы отмечают низкие показатели заболеваемости туберкулезом мочеполовых органов и высокий процент запущенных форм при выявлении. Недостаточная квалификация специалистов общей лечебной сети в вопросах диагностики ТМПО, показаний для применения различных методов обследования больного ведет к запоздалому выявлению заболевания и ухудшает его прогноз. Своевременное выявление туберкулеза мочеполовых органов имеет большое значение не только с медицинской или социальной, но и с эпидемиологической точки зрения, так как ограничивает распространение ин-

фекции среди здорового населения. Все это делает необходимым для любого специалиста, в том числе и урологов знания признаков возможного наличия у больного туберкулеза мочеполовых органов и диагностического минимума для его дифференциальной диагностики.

Предрасположенность к заболеванию ТМПО может быть обусловлена как медицинскими факторами (различными болезнями нетуберкулезного характера), так и социальными факторами риска (низкий доход на душу населения в семье, принадлежность к мигрантам, вынужденным переселенцам, лицам без определенного места жительства (БОМЖ), пребывание в местах лишения свободы в анамнезе и др.).

Для организации своевременного обследования на ТМПО лиц, подверженных влиянию различных факторов риска, необходимо информировать врачей общей лечебной сети о перечне групп риска, на которые могли бы опираться медицинские работники различных учреждений; инструктивно-методические рекомендации по формированию групп повышенного риска по ТМПО; обследования и проведения дифференциальной диагностики у групп риска по ТМПО в условиях специализированных противотуберкулезных учреждений и обязательным микробиологическим исследованием мочи.

Среди населения Российской Федерации имеются группы лиц с факторами повышенной предрасположенности к туберкулезу. Это факторы медицинского, медико-биологического и социального характера. Лица с такими факторами составляют группы риска заболевания туберкулезом, в том числе и мочеполовым. Большая часть лиц с медицинскими факторами риска обращается за помощью или состоит на учете в нетуберкулезных ЛПУ и нуждается в постоянном контроле фтизиатрической службы и дообследовании с целью своевременного выявления туберкулеза. Это медицинские группы риска заболевания легочным и внелегочным туберкулезом, имеющие следующие виды патологии. Отсутствие эффекта от проведенного противовоспалительного лечения патологии мочеполовых органов (сохраняющиеся макро- и микрогематурия, протеинурия, лейкоцитурия, слабость, недомогание, периодическая гипертермия, артериальная гипертензия неясного генеза, ноющие боли в поясничной области в покое и при физической нагрузке, частое и болезненное мочеиспускание, возможны приступы почечной колики) неспецифическими (по отношению к туберкулезу) средствами (в том числе антибиотиками) должно вызвать у любого специалиста подозрение о наличии у больного туберкулеза. Больных с такими симптомами врач обязан обследовать на туберкулез.

Перечень медицинских групп риска по заболеванию туберкулезом органов дыхания и внелегочным туберкулезом, в том числе и ТМПО: острые и хронические неспецифические болезни органов дыхания, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, болезнь оперированного (резецированно-

го) желудка, сердечно-сосудистые заболевания с недостаточностью кровообращения (особенно врожденные пороки сердца), сахарный диабет, лица с длительными болями в горле, сопровождающимися охриплостью голоса и дисфагиями разной степени, хронический алкоголизм и наркомания, психические и психоневрологические заболевания, онкологические заболевания, лица, длительно лечатся стероидными гормонами, хронические воспалительные заболевания позвоночника, костей и суставов, хронические миалгии, межреберные невралгии, ишиалгии, радикулиты, менингоэнцефалитический синдром, хронические воспалительные заболевания мочевыводящей системы, воспалительные заболевания мужских половых органов (орхиты, эпидидимиты, орхоэпидидимиты), бесплодие у женщин (особенно первичное), хронические воспалительные заболевания женских половых органов, стойкое нарушение менструальной функции, хронические воспалительные заболевания глаз, воспалительные заболевания периферических лимфатических узлов, хронические воспалительные заболевания кожи, особенно васкулиты инфекционно-аллергического генеза (узловатая эритема), красная волчанка, экзема, псориаз, пиодермия, базалиома, глубокий микоз кожи, хронические воспалительные заболевания брюшной полости (холецистит, аппендицит, колит), повторная частичная непроходимость кишечника, атипичная картина острого живота, опухолевидные образования в брюшной полости и малом тазу, лица, снятые с учета противотуберкулезных учреждений в связи с излечением.

Медико-биологическими факторами риска заболевания туберкулезом у женщин являются роды и аборт, у лиц обоего пола — контакт с больными активным туберкулезом, особенно с бактериовыделителями. Социальными факторами риска заболевания туберкулезом и его рецидивом являются пребывание в следственных изоляторах (СИЗО) и исправительных учреждениях системы УИН Минюста РФ, социально-дезадаптированное поведение, принадлежность к лицам без определенного места жительства (БОМЖ), к мигрантам, беженцам и вынужденным переселенцам, особенно из территорий с высокой заболеваемостью населения туберкулезом, а также тяжелое материальное положение пациента или его семьи (доход на 1 взрослого члена семьи ниже прожиточного минимума).

В условиях недостаточного количества фтизиоурологов возрастает роль общей лечебной сети в выявлении ТМПО по клиническим проявлениям заболевания. В связи с этим необходима постоянная организационно-методическая работа противотуберкулезных диспансеров с врачами общей лечебной сети. В целях совершенствования работы по профилактике и раннему выявлению туберкулеза, необходимо повышать квалификации врачей общей лечебной сети по внелегочному туберкулезу на базе кафедр туберкулеза. При оценке работы врачей поликлиник необходимо обращать особое внимание на полноту и своевремен-

ность выполнения диагностического минимума обследования на уротуберкулез у пациентов с повышенной температурой, предъявляющих жалобы или имеющих симптомы, подозрительные на туберкулез.

При постановке на диспансерный учет больного по туберкулезу любой локализации необходимо обеспечить в обязательном порядке проведение осмотра уролога и динамический осмотр через 6 месяцев.

Наиболее надежным признаком заболевания ТМПО является наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) в моче, а также в биоптатах тканей. Однако МБТ удается обнаружить не более, чем у 50 % заболевших туберкулезом мочеполовых органов. Выявляются они чаще в далеко зашедших стадиях туберкулеза. В более ранних стадиях находки их отмечаются не более чем в 30–33 % случаев. Поэтому выявление туберкулеза мочеполовых органов должно основываться на комплексе анамнестических и клинико-лабораторных данных. Обнаружение МБТ в моче является доказательством нефротуберкулеза. Однако следует помнить о том, что у мужчин МБТ могут попасть в мочу и из пораженной специфическим процессом простаты.

Собирая анамнез больного, врач любой специальности, памятуя о распространенности туберкулеза среди населения и возможном его наличии у данного пациента, должен задать ему вопросы о перечисленных выше факторах риска и выяснить, не состоял ли он ранее на учете в противотуберкулезном учреждении по любому поводу, включая изменение реакций на туберкулиновые пробы и неясный диагноз. У больных внелегочным туберкулезом жалобы могут быть связаны с пораженными органами: боли в позвоночнике, в костях и суставах, нарушение функции мочевыделительной системы и др.

Начальными стадиями туберкулезных поражений почек, мочевых путей и внутренних половых органов не свойственны заметные субъективные проявления: отсутствуют боли; нет нарушений мочеиспускания или половой функции; остается нормальной температура тела. Первые клинические проявления туберкулеза почек у 75 % больных возникают через 5 лет после первичного инфицирования, а у 25 % — через 15 лет и более [8, 9]. Лишь попадание микобактерии в кровоток (гематогенная диссеминация) может вызвать лихорадку, которую принимают за «гриппозное» состояние. В современных условиях причиной первой встречи больного урогенитальным туберкулезом с врачом является другое заболевание, потребовавшее исследование мочи. Лишь своевременное квалифицированное обследование с целью выявления источника и причины появления в моче патологических изменений помогает поставить достоверный диагноз, позволяет прибегнуть к правильному лечению больного туберкулезом. Особое внимание следует обратить на макро- и микрогематурию, которая может быть одним из ранних признаков туберкулеза почки. Гематурия редко бывает тотальной и

носит интермиттирующий характер. По данным J.G. Gow макрогематурия встречается у 10 % больных, в то время как микрогематурия — у 50 % [11]. Частота этого симптома нарастает по мере развития деструктивного процесса в почке. Так, гематурия имела место у 56 % наблюдавшихся нами больных нефротуберкулезом, причем у 17 % больных отмечена безболевая макрогематурия. Если при неструктивном туберкулезе почки эритроцитурия выявлена у 30 % больных, то при начальной деструкции — у 61 %, при ограниченной деструкции — у 80 %, а при выраженной деструкции — у 95 % больных нефротуберкулезом. Интенсивность гематурии зависит не столько от величины очага деструкции, сколько от калибра сосуда, попавшего в этот очаг разрушения. Эритроцитурия без лейкоцитурии более характерна для ранних стадий туберкулеза почки, чем для поздних, что позволяет считать ее более ранним признаком туберкулеза почки. Моносимптомная макрогематурия может быть одним из ранних признаков туберкулеза почки, что имело место у 14 % больных.

Диагностический минимум обследования больного на туберкулез любой локализации в нетуберкулезном лечебно-профилактическом учреждении должен включать: флюорографию или рентгенографию (но не рентгеноскопию) органов грудной клетки, общие анализы крови и мочи, бактериоскопию мазка мокроты на МБТ. Если в анализе мочи обнаруживается белок и лейкоцитурия (8–100 и более лейкоцитов в поле зрения) должна быть проведена в лаборатории нетуберкулезного ЛПУ бактериоскопия осадка мочи на МБТ. Моча такого больного должна быть направлена на посев на МБТ в баклабораторию противотуберкулезного учреждения в течение 3 дней подряд (через 1 сутки после отмены антибиотиков, если больной лечился от какого-либо заболевания). Если у больного имеются язвы или свищи, отделяемое из них направляется на бактериоскопию на МБТ в лабораторию нетуберкулезного учреждения и на посев на МБТ в баклабораторию противотуберкулезного учреждения. Диагностический минимум обследования на ТМПО у лиц молодого возраста (до 30 лет) должен включать внутрикожную туберкулиновую пробу Манту ТЕ. Положительная, особенно гиперергическая, реакция на туберкулин свидетельствует об инфицировании туберкулезом и вероятной туберкулезной этиологии заболевания. При этом следует иметь в виду, что у больных тяжелым запущенным туберкулезом любой локализации (особенно часто — у больных туберкулезным менингитом) туберкулиновая проба может быть отрицательной.

При наличии лейкоцитурии, эритроцитурии, протеинурии необходимо выполнить: посев мочи на нетуберкулезную флору с антибиотикограммой; мазки из уретры, половых органов; 3-х кратное исследование асептично собранной мочи посевом на обычную микрофлору и МБТ с предварительной бактериоскопией осадка мочи на МБТ; общеклинические и бактериологические исследования спермы или секрета простаты; УЗИ почек,

предстательной железы, мочевого пузыря; динамическая нефросцинтиграфия или изотопная ренография; в случае выявления отклонения от нормы — рентгеноурологическое обследование; эндоскопическое исследование; биопсия, патоморфологическое исследование.

В зависимости от результатов первичного обследования планируется дальнейшее ведение больного: поиск нетуберкулезных виновников лейкоцитурии (возбудителей ЗППП); стационарное обследование, включающее проведение туберкулинопровокации. Существенно повышает результативность исследования мочи и секретов половых органов провокация вялотекущих инфекций различными методиками (алкоголь, механическая, алиментарная).

Так же необходимым условием для получения достоверных результатов микробиологического исследования является проведение его до, а не после попыток антибактериального лечения. Туберкулинопровокация — проводится в условиях специализированного стационара только после завершения всестороннего общеклинического исследования.

Объем обследования больного с подозрением на туберкулез будет разным в учреждениях здравоохранения разного иерархического уровня. На ФАПе и в участковой больнице должен быть проведен сбор анамнеза и анализ жалоб, общие анализы крови и мочи, бактериоскопия мазка мокроты на МБТ, туберкулиновая проба Манту 2ТЕ. На уровне центральной районной больницы (ЦРБ), городской больницы к тому объему должно быть добавлено рентгено-флюорографическое исследование пациента и необходимые виды обследования у специалистов по внелегочной патологии при наличии показаний (невропатолога, уролога, хирурга-ортопеда, гинеколога, окулиста и др.). В поликлиническом отделении областной (краевой, республиканской) больницы к указанным выше видам обследования присоединяются рентгеномография, бронхоскопия, эндоскопия, цитологическое и гистологическое исследование биоптатов, специальные методы обследования, применяющиеся при диагностике поражения различных внелегочных локализаций.

Своевременное выявление ТМПО, с проведением дифференциальной диагностики в условиях противотуберкулезных учреждений с использованием диагностической базы, современных возможностей микробиологических, морфологических методов позволит достигнуть излечения и полной социально-трудовой реабилитации больных. Поздняя диагностика заболевания ведет к стойкой инвалидности больных или их смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батыров Ф.А., Шмакова Л.Н., Флигель Д.М. и др. // Туберкулез сегодня: материалы 7 Росс. съезда фтизиатров. — М., 2003. — С. 125.
2. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез: руководство для врачей / А.В. Васильев. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. — 432 с.

3. Кульчавеня Е.В., Жукова И.И., Хомяков В.Т. // Андрология и генитальная хирургия. — 2001. — № 4. — С. 39—42.
4. Левашев Ю.Н., Гарбуз А.Е. // Здоровоохранение Северо-Запада. — 2002. — С. 52—54.
5. Левашев Ю.Н. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / Ю.Н. Левашев, Ю.М. Репин. — СПб.: Элби-СПб., 2006. — 515 с.
6. Методические указания № 99/168 МЗ РФ «Организация выявления больных туберкулезом с применением лучевых, клинических и микробиологических методов исследования». — М., 2000.
7. Ткачук В.Н. Туберкулез мочеполовой системы: руководство для врачей / В.Н. Ткачук, Р.К. Ягафарова, С.Х. Аль-Шукри. — СПб.: Спец. Лит., 2004. — 319 с.
8. Фрейдович А.И. Клиническая фтизиоурология: руководство для врачей / А.И. Фрейдович. — М.: Медицина, 2002. — 303 с.
9. Чучалин А.Г. // Проблемы туберкулеза. — 2000. — № 5. — С. 6—8.
10. Ягафарова Р.К. Туберкулез мужских половых органов / Р.К. Ягафарова, Т.И. Вахмистрова. — СПб., 2000. — 337 с.
11. Gow J.G. // Campbell's Urology. — 1998. — Vol. 1. — P. 807—836.
12. Bennani S., Hafiani M., Debbagh A. et al. // J. Urol. Paris. — 1995. — Vol. 101 (4). — P. 187—90.
13. Harry P. Koo, David A. // Urologic clinics of North America. — 1999. — Vol. 26, N 1. — P. 167—173.