

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЭПИДИДИМИТА

[А. Е. Захваев, В. Ф. Журавлев](#)

КГКУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1» (г. Красноярск)

Одной из проблем современной фтизиоурологии остается диагностика туберкулезного эпидидимита. За период с 2008 по 2012 год в ККПТД № 1 произведены оперативные вмешательства по поводу хронических воспалительных заболеваний придатков и яичек у 114-ти больных. Учитывались длительность заболевания, температура тела, общий анализ крови, б/х анализ крови, УЗИ половых желез, ТРУЗИ. На основании анамнеза, клинико-лабораторных данных, УЗИ исследования пациентов с хроническим воспалением придатка яичка и неэффективности проведенной неспецифической антибактериальной терапии можно заподозрить туберкулез половых желез, что является показанием для оперативного лечения.

Ключевые слова: туберкулезный эпидидимит, фтизиоурология, хронические воспалительные заболевания придатков и яичка.

Захваев Александр Евгеньевич — врач-уролог высшей категории, заведующий отделением для больных урогенитальным туберкулезом КГКУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», рабочий телефон: 8 (391) 261-74-88

Журавлев Виктор Федорович — врач-уролог ординатор отделения для больных урогенитальным туберкулезом КГКУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», рабочий телефон: 8 (391) 261-74-88

Введение. Одной из проблем современной фтизиоурологии остается диагностика туберкулезного эпидидимита.

Материалы и методы. За период с 2008 по 2012 год в ККПТД № 1 произведены оперативные вмешательства по поводу хронических воспалительных заболеваний придатков и яичек у 122-х больных. В возрастной структуре основная доля приходится на наиболее активный возраст 30–50 лет: 73 больных (59,8 %), остальной возрастной период распределился равномерно, кроме периода до 20 лет, всего 1 больной (0,8 %) (тубэпидидимит). По месту жительства распределились поровну, так же как работающие и неработающие пациенты. Давность заболевания от 1-го месяца у 28-ми больных (22,9 %), до 6-ти месяцев у 42-х больных (34,5 %), от 6-ти месяцев до 1-го года — 23 больных (18,9 %), более 1-го года 29 больных (23,7 %). При этом в подавляющем большинстве случаев длительность заболевания тубэпидидимита составила от 6-ти

месяцев до 5-ти лет, в то время как неспецифическое воспаление длилось в основном до 6-ти месяцев. Гистологически туберкулез был выявлен в 33-х (27,0 %) случаях, из них 2-сторонняя эпидидимэктомия у 12-ти (36,3 %) больных с тубэпидидимитом, орхэктомия по поводу тубэпидидимита у 3-х (9,0 %) больных (свищевая форма). В 5-ти случаях (4,0 %) эпидидимэктомия произведена у больных с сочетанием полового туберкулеза и туберкулеза легких. У 7-ми больных (21,2 %) с сочетанием туберкулеза половых желез и почек. Хроническое неспецифическое воспаление придатков, подтвержденное гистологически, отмечалось в 81-м случае (66,3 %), во всех случаях было одностороннее поражение придатка. У 3-х (2,4 %) больных орхэктомия по поводу т-г яичка. У всех больных с туб- и туборхоэпидидимитами отмечался деферентит, а у больных с неспецифическими эпидидимитами деферентит был у 24-х (29,6 %) больных. При проведении сравнительной характеристики клинико-лабораторных показателей воспалительных заболеваний придатков яичек туберкулезной и неспецифической этиологии, основываясь при этом на данные гистологического исследования, можно провести некоторые закономерности в отличие течения данных заболеваний.

Результаты исследования. Для исследования были взяты 33 больных с тубэпидидимитом и 81 больной с хроническим неспецифическим воспалительным процессом придатков. Учитывались клинические, лабораторные, ультразвуковые показатели: длительность заболевания, температура тела, общий анализ крови, б/х анализ крови, УЗИ половых желез, ТРУЗИ. В клиническом течении тубэпидидимита повышение температуры тела до субфебрильных цифр наблюдалось в 3-х (9,0 %) случаях, тогда как неспецифическое поражение сопровождалось повышением температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр в 19-ти (23,4 %) случаях, что является отличительной чертой течения данного заболевания. Остальные показатели были выделены в табл. 1, 2.

Таблица 1

Общий анализ крови

1. СОЭ	2–15	16–25	26–35	Свыше 36
Несп. эпид.	57 (70,4 %)	13 (16,0 %)	5 (6,1 %)	6 (7,5 %)
туб. эпид.	16 (48,4 %)	14 (42,5 %)	2 (6,0 %)	1 (3,1 %)
2. Лейкоциты	До 9×10^9	$9-12 \times 10^9$	Свыше 12×10^9	
Несп. эпид.	71 (87,6 %)	10 (12,4 %)	—	
туб. эпид.	30 (90,9 %)	3 (9,1 %)	—	
3. Лимфоциты	До 18 %	19–40 %	Свыше 40 %	
Несп.эпид.	13 (16,0 %)	62 (76,5 %)	6 (7,7 %)	
туб. эпид.	3 (9,1 %)	30 (90,9 %)	—	

На основании данных показателей ОАК можно судить о том, что СОЭ у больных с тубэпидидимитом сохраняется в пределах нормы в половине случаев, так же как и повышается до уровня 25 мм/час. В то время как при неспецифическом воспалении у 54-х (70,4 %) пациентов СОЭ в пределах нормы, но в отличие от тубэпидидимита, имеет место в 6-ти (7,5 %) случаев повышения свыше 35 мм/час, что является отличительной чертой течения данного заболевания.

В преобладающем большинстве случаев как при тубэпидидимите (90,9 %), так и неспецифическом воспалении (87,6 %), показатели лейкоцитов остаются в пределах

нормы. Выраженных отличий в уровне лейкоцитов в течение данных заболеваний не отмечалось.

При сравнении показателей лимфоцитов в данных группах можно отметить, что их уровень в большинстве случаев оставался от 19 до 40 % от общего количества лейкоцитов, но в отличие от тубэпидидимита при неспецифическом воспалении лимфоцитоз отмечался в 7 % случаях, что говорит об отличительной черте в течение данного заболевания.

Таблица 2

Б/х анализ крови

Креатинин	До 120 ммоль/мл	Свыше 120 ммоль/мл
Несп. эпид.	61 (75,3 %)	20 (24,7 %)
туб. эпид.	19 (57,5 %)	14 (42,5 %).

Также в эти данные были включены показатели уровня креатинина у больных с сочетанием туберкулеза половых желез и туберкулеза мочевой системы у 7-ми (21,2 %) человек, у которых отмечалась ХПН.

Таблица 3

Ультразвуковые методы исследования

УЗИ орг. мошонки	Несп. эпид. туб. эпид	ТРУЗИ	Несп. эпид. туб. эпид.
Структурные изменения придатков	40 (49,4 %) 20 (60,6 %)	Норма	12 (14,8 %) —
Кальцинаты	11 (13,6 %) 5 (15,2 %)	Хронический простатит	27 (33,3 %) 15 (45,4 %)
Очаговые образования	14 (17,4 %) 3 (9,0 %)	ДГПЖ	14 (17,2 %) 7 (21,3 %)
Полостные образования	8 (9,8 %) 5 (15,2 %)	ДГПЖ + простатит	6 (7,5 %) 2 (6,1 %)
Гидроцеле	8 (9,8 %) —	Кальцинаты	22 (27,2 %) 3 (9,0 %)
—	—	Киста простаты	— 1 (3,0 %)
—	—	Туб. простаты	— 5 (15,2 %)

Выводы. На основании данных клинико-лабораторного, ультразвукового исследования можно сделать следующие выводы:

1. Пациенты с тубэпидидимитом составили 27,0 % от общего количества эпидидимитов.
2. Возраст больных при тубэпидидимите как и при неспецифическом эпидидимите составил в большинстве случаев от 30 до 50 лет.

3. Длительность заболевания при тубэпидидимите превышает 6 месяцев и достигает нескольких лет, при неспецифическом эпидидимите чаще до полугода.
4. Двухстороннее поражение придатков и свищевые формы встречались только у больных с тубэпидидимитом.
5. Деферентит встречался у всех больных с тубэпидидимитом и в 30 % случаев при неспецифическом эпидидимите.
6. Повышение температуры тела чаще встречается при неспецифическом поражении придатка, чем при тубэпидидимите.
7. В общем анализе крови: СОЭ повышается до 25 мм/час чаще при тубэпидидимите, свыше 25 мм/час при неспецифическом эпидидимите; уровень лейкоцитов при этих заболеваниях без значимых различий; уровень лимфоцитов при тубэпидидимите остается в нормальных пределах, а также отмечается лимфоцитопения в 9 % случаев, при неспецифическом эпидидимите отличия были в лимфоцитозе.
8. При повышении уровня креатинина крови необходимо исследовать функцию почек для исключения туберкулеза мочевой системы.
9. По УЗИ органов мошонки при тубэпидидимите преобладают структурные изменения придатка, а также чаще встречаются полостные образования и кальцинаты. При неспецифическом эпидидимите в половине случаев структурные изменения придатков, а также чаще встречаются очаговые образования. Гидроцеле было только при неспецифическом поражении придатков.
10. По данным ТРУЗИ при тубэпидидимите во всех случаях были выявлены отклонения от нормы, в большинстве случаев хронический простатит, ДППЖ, киста и туберкулез простаты, в то время как при неспецифическом поражении в 15 % случаев был вариант нормы, и чаще встречается калькулезный простатит.

На основании анамнеза, клинико-лабораторных данных, УЗИ пациентов с хроническим воспалением придатка яичка и неэффективности проведенной неспецифической антибактериальной терапии можно заподозрить туберкулез половых желез, что является показанием для оперативного лечения.

Список литературы

1. Кульчавеня Е. В. Трудности диагностики туберкулеза мочеполовой системы / Е. В. Кульчавеня. — 2004.
2. Кульчавеня Е. В. Избранные вопросы фтизиоурологии / Е. В. Кульчавеня, В. А. Краснов. — 2010.
3. Ткачук В. Н. Туберкулез мочеполовой системы / В. Н. Ткачук, Р. К. Ягафарова, С. Х. Аль-Шукри. — 2004.
4. Фрейдович А. И. Клиническая фтизиоурология / А. И. Фрейдович. — 2002.
5. Резник Б. М. Туберкулез мужских половых органов / Б. М. Резник. — 1972.
6. Грунд В. Д. Ошибки в диагностике и лечении туберкулеза органов мочеполовой системы / В. Д. Грунд. — 1975.

CLINICAL AND LABORATORIAL FEATURES OF TUBERCULAR EPIDIDYMITIS

A. E. Zakhvayev, V. F. Zhuravlyov

RSCHE «Krasnoyarsk regional antituberculous dispensary № 1» (Krasnoyarsk c.)

One of problems of modern phthisiourology is still diagnostics of tubercular epididymitis. Operative measures concerning chronic inflammatory diseases of appendages and testicles at 114 patients are performed from 2008 till 2012 in KRATD № 1. The disease duration, body temperature, general analysis of blood, biochemical analysis of blood, US of genital gland, transrectal US were considered. On the basis of the anamnesis, clinical and laboratorial data, US research of patients with chronic inflammation of epididymis and inefficiency of the carried-out nonspecific antibacterial therapy it is possible to suspect tuberculosis of genital glands that is the indication for operative treatment.

Keywords: tubercular epididymitis, phthisiourology, chronic inflammatory diseases of appendages and testicle.

About authors:

Zakhvayev Alexander Evgenyevich — urologist of the highest category, head of unit for patients with urogenital tuberculosis at RSCHE «Krasnoyarsk regional antituberculous dispensary № 1», office phone: 8 (391) 261-74-88

Zhuravlyov Victor Fedorovich — urologist, intern of unit for patients with urogenital tuberculosis at RSCHE «Krasnoyarsk regional antituberculous dispensary № 1», office phone: 8 (391) 261-74-88,

List of the Literature:

1. Kulchavenya E. V. Difficulties of diagnostics of tuberculosis in urogenital system / E. V. Kulchavenya. — 2004.
2. Kulchavenya E. V. Some questions of phthisiourology / E. V. Kulchavenya, V. A. Krasnov. — 2010.
3. Tkachuk V. N. Tuberculosis of urogenital system / V. N. Tkachuk, R. K. Yagafarova, S. H. Al-Shukri. — 2004.
4. Freydovich A. I. Clinical phthisiourology / A. I. Freydovich. — 2002. Reznik B. M. Tuberculosis of male genitals / B. M. Reznik. — 1972.
5. Grund V. D. Mistakes in diagnostics and treatment of tuberculosis of urogenital system / V. D. Grund. — 1975.