



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616.61-002.5 (470.325)

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ В БЕЛГОРОДСКОМ РЕГИОНЕ

Ю.А. ХОЩЕНКО¹

А.А. МАСЛЕННИКОВ^{1,2}

В.Г. ЕРЁМЕНКО²

В.В. ФЕНТИСОВ^{1,2}

¹ *Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет»*

² *ОГКУЗ «Противотуберкулезный
диспансер»*

e-mail: lihuss@yandex.ru

В статье изложено состояние проблемы туберкулеза единственной почки. Представлены частота и формы туберкулезного поражения единственной почки. Обоснована необходимость углубленного изучения процессов развития компенсаторно-приспособительных реакций и предрасполагающих факторов, их определяющих, при поражении туберкулезом единственной оставшейся почки.

Ключевые слова: туберкулез, туберкулез единственной почки, единственная почка.

Введение. Туберкулез является важной медико-социальной проблемой, решение которой остается актуальной задачей здравоохранения и государства в целом [8, 9]. В 1969 году ВОЗ сформулировала концепцию о возможности искоренения туберкулеза во всем мире. Однако она оказалась несостоятельной, и по-прежнему сложившаяся в мировом сообществе эпидемиологическая ситуация по туберкулезу вызывает тревогу за сохранность здоровья населения планеты [9].

Нет единого мнения о влиянии на исходы туберкулеза тяжести специфического процесса. Отдельные специалисты считают, что структура клинических форм туберкулеза, которая впервые была выявлена у больных, в целом по России на протяжении многих лет существенно не изменилась, и поэтому она не оказывает влияния на результаты лечения [1, 9].

Предполагается, что попадая в организм человека, микобактерии циркулируют с током крови до тех пор, пока не локализуются в предрасполагающем к патологии органе. У лиц, представляющих асоциальные слои общества, возбудитель чаще всего посредством аэрозоля асимилируется в легких, а у представителей социально значимых профессий – учитель и медицинский работник, менеджеры среднего и высшего звена – в силу предрасполагающих факторов наиболее уязвимой является мочеполовая система [2, 3, 5].

Туберкулезное поражение мочеполовой системы, как правило, является вторичным. Среди органов мочевой системы в первую очередь поражается почка, во вторую – мочеточник и мочевой пузырь. Микобактерии проникают в почку, предстательную железу либо придаток яичка гематогенно из первичного очага, локализованного в легком, лимфатических узлах, кишечнике, но в период первичной инфекции возможно и одномоментное гематогенное обсеменение различных органов с формированием «дремлющих» микроочагов инфекции [1, 2, 5].

Ранее, согласно данным литературы, бытовало мнение о возможности восходящего проникновения возбудителей туберкулеза во вторую, здоровую, почку по мочеточнику из пораженного туберкулезом мочевого пузыря. Вместе с тем многие авторы отрицали возможность инфицирования почек восходящим путем. Так, В.А. Оппель (1906) считал «восходящую бугорчатку почек ... недоказанной». Аналогичной точки зрения придерживались Г.С. Эпштейн,



А.П. Фрумкин, А. Gutgemann. Они были правы, возможность восходящего поражения почки отвергнута [4, 5, 6].

В процессе развития туберкулеза единственной почки выделяют ряд последовательно протекающих стадий:

I стадия – туберкулез почечной паренхимы;

II стадия – туберкулезный папиллит;

III стадия – монокавернозный туберкулез;

IV стадия – поликавернозный туберкулез [5, 6].

Данные литературы о диагностическом значении эритроцитурии, как и гематурии, при туберкулезе почки противоречивы. Расходятся мнения о ее частоте, неясен и вопрос о соотношении лейкоцитов и эритроцитов в осадке мочи при нефротуберкулезе. И.М. Эпштейн наблюдал эритроцитурию у 80-90% больных туберкулезом почки, И.С. Камышан, В.М. Погребинский (1987) – у 32 %, а по мнению F. Tripalhi и L. Flint, эритроцитурия при туберкулезе почки необязательна [3, 6].

Б.М. Ковалив (1970) считал характерным для нефротуберкулеза устойчивое преобладание лейкоцитурии над эритроцитурией [1, 2, 5].

В последнее время заметно снизилось количество органоуносящих операций. Этому способствовало широкое внедрение более совершенных методов лечения туберкулеза почек, улучшение организации диспансерного учета, профилактической и лечебной помощи больным. В настоящее время нефрэктомия при туберкулезе производят при большом деструктивном изменении почки с потерей ее функций [3, 6].

Согласно данным Ю.А. Пытеля с соавторами (1976), при недостаточной противотуберкулезной терапии после нефрэктомии деструктивные изменения в оставшейся почке возникают в 2,5 раза чаще, а почечная недостаточность в 4 раза, чем у больных, которым проводилась адекватное лечение [3, 5, 6].

По данным различных авторов, туберкулез единственной почки составляет 7-11% от общего числа больных с аналогичным заболеванием различных структур мочеполовой системы [1, 2, 3]. Установлено, что после перенесенной нефрэктомии туберкулезное поражение оставшейся почки наблюдается у 20-34,2% больных, и более чем у половины заболевших оно является следствием двустороннего заболевания почек. После нефрэктомии заболевание оставшейся почки туберкулезом может наступить как через несколько месяцев, так и через несколько лет [3, 6]. Возможно, проведение сразу же после нефрэктомии специфической терапии подавляет у ряда больных проявление аналогичного инфекционного процесса в оставшейся почке и он долгое время клинически не выявляется [2, 6].

По мнению большинства авторов, в оставшейся после нефрэктомии почке развиваются тот же патологический процесс, по поводу которого была удалена контралатеральная почка. По данным А.Ю. Пытеля и М.А. Гришина (1973), только 69% больных с туберкулезным поражением единственной почки выздоравливают или у них значительно улучшается ее функциональное состояние [2,3]. Известно, что в норме количество функционирующих нефронов в обеих почках в среднем составляет 63%, в оставшейся после нефрэктомии – 95% [6, 7]. По другим данным, эффективность фильтрации единственной почки соответствует режиму ее гиперфильтрации и составляет до 80% против ее выраженности у двух здоровых почек [3]. Такая активация функций единственной почки объясняется, с одной стороны, включением механизмов компенсаторной гипертрофии, а с другой – максимальным использованием ее резервных возможностей.

Цель исследования. Изучить состояние проблемы проявления туберкулеза единственной почки среди населения Белгородской области.

Материалы и метода. В исследование участвовали 28 больных туберкулезом единственной почки, проходивших курс лечения в Белгородском и Старооскольском противотуберкулезном диспансере в период с 2000 по 2012 годы. Средний возраст наблюдаемых больных составил $62,75 \pm 9,0$ лет. Определение клинического диагноза, стадию инфекционного процесса и его осложнения устанавливали на основании инструкции приказа №109 от 21 марта 2003 года и в соответствии с единой классификацией туберкулеза мочеполовых органов, утвержденной на VIII всесоюзном съезде фтизиатров в 1973 году.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов с пораженной туберкулезом единственной почкой контралатеральная почка была ранее удалена из-за этого же заболевания. Среди исследуемых нами мужчин было 15, женщин – 13. Частота удаления правой и левой почек у мужчин и женщин приблизительно одинакова, тогда как в сравнении левых почек удалено в 2,5 раза больше, чем правых.

У 16 (57,1%) больных выявлено изолированное туберкулезное поражение почки, из 10 (35,7%) с сочетанным туберкулезным поражением почки у 6 (21,4%) туберкулез мочевого пузыря, у 2 (7,1%) туберкулез половых органов. 12 (42,9%) больных оперированы при двустороннем



туберкулезном поражении. У 15 (53,6%) больных туберкулез, оставшийся после нефрэктомии почки, выявлен до 5 лет, через 6-10 лет – у 11 (39,3%), более чем через 10 лет – у 2 (7,1%). Активный процесс был диагностирован у 19 (67,9%) больных.

Таблица

Структура исследования туберкулеза единственной почки

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс.	%
Наблюдаемые больные с туберкулезом единственной почки	15	53,6	13	46,4	28	100
Изолированный туберкулез паренхимы почки	7	25	9	32,1	16	57,1
Туберкулез почки и мочевого пузыря	6	21,4	4	14,3	10	35,7
Туберкулез почки и половых органов	2	7,1	0	-	2	7,1

Подавляющее большинство больных с туберкулезом единственной почки поступали с жалобами на постоянные тупые боли в поясничной области, дизурию, недомогание, общую слабость. У 12 (42,9%) больных имелась и гематурия. Стойкая артериальная гипертензия установлена у 8 (28,6%) больных.

Заключение.

Больные, перенесшие нефрэктомию по поводу нефротуберкулеза, имеют высокий риск развития туберкулезного поражения контралатеральной почки. Единственным достоверным признаком туберкулеза почки является обнаружение микобактерии в моче или при патоморфологическом исследовании. Но даже при помощи современных методов обнаружить их в моче больного туберкулезом единственной почки очень трудно, так как применяемые антибиотики угнетают жизнедеятельность микобактерий туберкулеза, изменяя их свойства и вирулентность.

Туберкулез – тяжелое заболевание, особенно для единственной почки. Его скрытое клиническое течение, ранняя утрата функций пораженной почкой обостряет социальную дезадаптацию больного, вплоть до совершения им суицида. Но если заболевание выявляется на начальном этапе его развития, то больной имеет все шансы на излечение с минимальными последствиями для организма. Но для этого необходимо разрабатывать и внедрять в клинику методы диагностики, которые могли бы выявлять наиболее ранние этапы развития туберкулезной инфекции.

Исход болезни больного туберкулезом единственной почки во многом зависит от ее функционального состояния. Такие пациенты не могут считаться абсолютно здоровыми людьми, они обладают ограниченным резервом компенсаторных возможностей, что требует совершенствование подходов к раннему выявлению и ликвидации предрасполагающих патологических факторов.

Литература

1. Ковалив, Б.М. Поражение почек при туберкулезе (клиника и лечение). – 2-е изд., перераб. и доп. /Б.М. Ковалив. – М., 1970. – 403 с.
2. Кульчавеня, Е.В. Туберкулез внелегочной локализации в Западной Сибири / Е.В. Кульчавеня, В.Т. Хомяков // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 4. – С. 13-16.
3. Люлько, А.В. Функциональное состояние и патология единственной почки / А.В. Люлько. – Киев : Здоровье, 1982. – 248 с.
4. Нефрология : учеб. пособие для последипломного образования / под ред. Е.М. Шилова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 688 с.
5. Рациональная фармакотерапия в урологии: руководство для практикующих врачей / под общей ред. Н.А. Лопаткина, Т.С. Перепановой и др. – М.: Литерра, 2006. – 824 с.
6. Руководство по урологии / подред. Н.А.Лопаткина : в 3 т. – Т.2. – М. : Медицина, 1998. – 768 с.
7. Структурные нарушения адаптации и компенсации нарушенных функций: руководство / АМН СССР ; под ред. Д.С. Саркисова. – М.: Медицина, 1987. – 448 с.
8. Хоменко А.Г. Современные тенденции в эпидемиологии туберкулеза и пути уменьшения резервуара инфекции. Пробл. туб. – 1997. – № 1. – С. 4-6.
9. Сон, И.М. Методика оценки эпидемиологических показателей по туберкулезу и эффективности противотуберкулезных мероприятий/И.М. Сон, В.В. Литвинов, В.И. Стародубов, П.П. Сельцовский. – Пробл. туб. – 2002. – №4. – С. 55-63.



ISSUES OF TUBERCULOSIS IN SOLITARY KIDNEY IN BELGOROD REGION

U.A.HOSCHENKO¹

A.A. MASLENNICOV^{1,2}

V.G. EREMenKO²

V.V. FENTISOV^{1,2}

*¹⁾ Belgorod National
ReserchUniversity*

²⁾ RegionalTBDispensary

e-mail: lihuss@yandex.ru

In the article the issues of tuberculosis in solitary kidney are discussed, the frequency and the way in that tuberculosis compromises the solitary kidney are considered. We established the priority of deepest studies about the development of compensation reactions and diferent factors, implicated in the affectation of the solitary kidney by tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, tuberculosis in solitary kidney, solitary kidney.