

ТУБЕРКУЛЕЗ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

[В. В. Фентисов](#)

*ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (г. Белгород)
ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер» (г. Белгород)*

В статье изложено состояние проблемы туберкулеза единственной почки в Белгородской области. Проведен анализ 28-ми случаев туберкулеза единственной почки. Представлены частота и формы туберкулезного поражения единственной почки.

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

Фентисов Виталий Владимирович — аспирант кафедры хирургических болезней № 2 ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач-уролог ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер», e-mail: lihuss@yandex.ru

Введение. Туберкулез является важной медико-социальной проблемой, решение которой остается актуальной задачей здравоохранения и государства в целом [1, 2]. 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 [2].

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 [2–5].

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 ассимилируется в легких, а у представителей социально значимых профессий — учитель и медицинский работник, менеджеры среднего и высшего звена в силу предрасполагающих факторов наиболее уязвимыми являются почки [5, 6].

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 [5, 7, 8].

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 её функций [6, 8].

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 [5, 6, 8].

По данным различных авторов, туберкулез единственной почки составляет 7–11 % от общего числа больных с аналогичным заболеванием различных структур мочеполовой системы [3, 6]. 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 [6, 8]. 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 [8].

По мнению большинства авторов, в оставшейся после нефрэктомии почке развивается 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 её функциональное состояние [6]. Известно, что в норме количество функционирующих нефронов в обеих почках в среднем составляет 63 %, у оставшейся после нефрэктомии — 95 % . По другим данным, эффективность фильтрации единственной почки соответствует режиму её гиперфильтрации и составляет до 80 % против её выраженности у двух здоровых почек. Такая активация функций единственной почки объясняется, с одной стороны, включением механизмов компенсаторной гипертрофии, а с другой, — максимальным использованием ее резервных возможностей [9].

Цель исследования: изучить состояние проблемы туберкулеза единственной почки среди населения Белгородской области.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 28 больных туберкулезом единственной почки, проходивших курс лечения в Белгородском и Старооскольском противотуберкулезных диспансерах в период с 2000 по 2012 год. 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. 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 (см. табл.). 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.

Структура исследования туберкулеза единственной почки

Диагноз	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

У 16-ти (57,1 %) больных выявлено изолированное туберкулезное поражение почки, из 10-ти (35,7 %) с сочетанным туберкулезным поражением почки у 6-ти (21,4 %) туберкулез мочевого пузыря, у 2-х (7,1 %) туберкулез половых органов. 12 (42,9 %) больных оперированы при двустороннем туберкулезном поражении. У 15-ти (53,6 %) больных туберкулез, оставшийся после нефрэктомии почки, выявлен до 5 лет, через 6–10 лет — у 11-ти (39,3 %), более чем через 10 лет — у 2-х (7,1 %). Активный процесс был диагностирован у 19-ти (67,9 %) больных.

Подавляющее большинство больных с туберкулезом единственной почки поступали с жалобами на постоянные тупые боли в поясничной области, дизурию, недомогание, общую слабость. У 12-ти (42,9 %) больных имела и гематурия. Стойкая артериальная гипертензия установлена у 8-ми (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 её функционального состояния. Такие пациенты не могут считаться абсолютно здоровыми людьми, они обладают ограниченным резервом компенсаторных

возможностей, что требует совершенствования подходов к раннему выявлению и ликвидации предрасполагающих патологических факторов.

Список литературы

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

TUBERCULOSIS OF SOLITARY KIDNEY IN THE BELGOROD REGION

V. V. Phentisov

*FSAEI HPE Belgorod National Research State University (Belgorod c.)
RSRHE «Antituberculous dispensary» (Belgorod c.)*

The state of problem of tuberculosis of solitary kidney in the Belgorod region is presented in the article. The analysis of 28 cases of tuberculosis in solitary kidney is carried out. Frequency and forms of tubercular lesion of solitary kidney are presented.

Keywords: tuberculosis, tuberculosis of solitary kidney, only kidney.

About authors:

Phentisov Vitaly Vladimirovich — post-graduate student of surgical illnesses chair № 2 at SBEI HPE Belgorod National Research State University, urologist of RSRHE «Antituberculous dispensary», e-mail: lihuss@yandex.ru

List of the Literature:

1. Khomenko A. G. Current trends in epidemiology of tuberculosis and method of decrease of infection receptacle / A. G. Khomenko // Tuberculosis Problems. — 1997. — № 1. — P. 4-6.
2. Technique of assessment of epidemiological indicators on tuberculosis and efficiency of antituberculous actions / I. M. Son, V. V. Litvinov, V. I. Starodubov, P. P. Seltsovsky // Tuberculosis Problems. — 2002 . — № 4. — P. 55-63.
3. Kovaliv B. M. Lesion of kidneys at tuberculosis (clinic and treatment) / B. M. Kovaliv. — 2nd prod. redone and added — M, 1970. — 403 P.
4. Kulchavenya E. V. Tuberculosis of extra pulmonary localization in Western Siberia / E. V. Kulchavenya, V. T. Knomyakov // Problems of tuberculosis and pulmonary illnesses. — 2003. — № 4. — P. 13-16.
5. Rational pharmacotherapy in urology: guidance for practising doctors / Under general edition of N. A. Lopatkin, T. S. Perepanova [etc.]. — M: Literra, 2006. — 824 P.
6. Lulko A. V. Functional condition and pathology of solitary kidney / A. V. Lyulko. — Kiev: Health, 1982. — 248 P.
7. Nephrology: guidance for post-degree education / Under the editorship of E.M. Shilova. — M: GEOTAR-media, 2007. — 688 P.
8. Guide to urology. In 3 V. / Under the editorship of N. A.Lopatkin. — M: Medicine, 1998. — V. 2. — 768 P.
9. Structural bases of adaptation and compensation of the broken functions: guidance / Under the editorship of D. S. Sarkisov; AMS USSR. — M: Medicine, 1987. — 448 P.