

ВЕЛИКИЙ МИСТИФИКАТОР НЕ СДАЕТ ПОЗИЦИЙ

Е. В. Кульчавеня

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)*

*ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава
России (г. Новосибирск)*

В статье дается краткий анализ туберкулеза мочеполовой системы: проблемы выявления, возможные осложнения, определяются нерешенные проблемы во фтизиоурологии.

Ключевые слова: фтизиоурология, туберкулез мочеполовой системы.

Кульчавеня Екатерина Валерьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры туберкулёза ФПК и ППВ ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», главный научный сотрудник, руководитель отдела урологии ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулёза», рабочий телефон: 8 (383) 203-79-89, e-mail: urotub@yandex.ru

В 1975 году известный отечественный фтизиоуролог, профессор Вильгельм Давыдович Грунд, назвал туберкулез мочеполовой системы «великим мистификатором», ибо это заболевание не имеет ни одного патогномичного клинического симптома и протекает под маской других заболеваний — или вообще бессимптомно. Но отсутствие жалоб у пациента отнюдь не означает благоприятное течение уротуберкулеза, напротив, организм «закрывает глаза» на инфекцию до тех пор, пока не произойдет срыв адаптивных возможностей, и это означает, что процесс перешел в необратимую фазу, неизлечимую консервативными методами.

Туберкулез известен на Земле с доисторических времен — следы специфического воспаления были обнаружены в костях античного бизона. Туберкулез считается социальным заболеванием (Роберт Кох, обнаруживший в 1884 году микобактерию туберкулеза (МБТ) как этиологическую причину этого заболевания, назвал туберкулез «слезами нищеты»). Однако материальное благополучие человека отнюдь не является гарантией устойчивости к туберкулезу. Туберкулез убил много богатых и могущественных людей: фараона Тутанхамона, многих европейских королей, в том числе Наполеона II, кардинала Ришелье, Спинозу, Цельсия, Жан-Жака Руссо, Модильяни, Вивьен Ли и многих, многих других. Немало членов семьи Российских императоров болели туберкулезом; в Петергофе есть памятник великой княжне Александре Александровне, умершей от чахотки в 19-летнем возрасте (рис. 1).

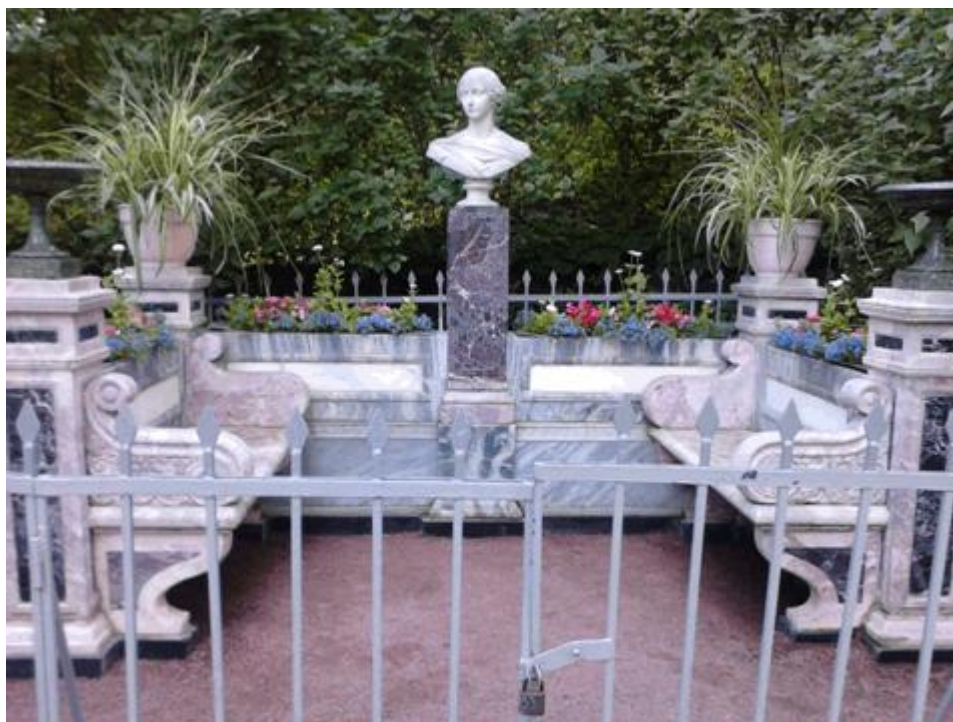


Рис. 1. Великая княжна Александра умерла от туберкулеза в 19 лет

Вместе с тем существует естественная устойчивость к туберкулезу — равно как и повышенная восприимчивость. Только 8 % населения заболевают туберкулезом в течение первых двух лет после встречи с инфекцией — и даже в таких условиях туберкулез является основной причиной смерти взрослых от инфекционных заболеваний (у детей смертность от туберкулеза стоит на 4-м месте). Туберкулез — системное заболевание всего организма, вызываемое *M. tuberculosis* или *M. bovis* (в африканских странах есть еще один патоген этого вида — *M. africanum*). Пути передачи могут быть различными — воздушно-капельный (до 90 %), алиментарный (преимущественно через молоко больных коров — или при заглатывании инфицированной мокроты), контактный (в том числе половой), ятрогенный (при инстилляциях взвеси вакцины БЦЖ больным раком мочевого пузыря). Независимо от пути попадания микобактерия распространяется гематогенно и лимфогенно по всему организму, оседает первоначально в лимфатических узлах, а затем при вторичной диссеминации в различных органах.

Туберкулез мочеполовой системы длительное время был второй по частоте локализацией туберкулеза после туберкулеза легких в эпидемически неблагополучных регионах (в развитых странах с низкой заболеваемостью туберкулезом преобладал лимфоузловый), но с 2010 года эта форма уступает свои позиции костно-суставному туберкулезу. Тем не менее, остается большой пласт недовыявленных больных, что на примере Новосибирской области наглядно демонстрирует рис. 2.



Рис. 2. Диагностика нефротуберкулеза в Новосибирской области

Из рис. 2 видно, что выявление так называемых малых форм туберкулеза почек — туберкулеза паренхимы почек и папиллита чередуется с преобладанием распространенного, кавернозного и поликавернозного нефротуберкулеза. Почему это происходит? За счет накопления контингентов до какого-то критического уровня — больной с «малыми формами» долгое время наблюдается с другими ошибочными диагнозами, пока не сформируются каверны в почках, отчетливо визуализируемые при рентгенологическом обследовании (рис. 3). И на следующий год будут диагностированы преимущественно туберкулез паренхимы и папиллит — в связи с возросшей настороженностью и усилением мер, направленных на раннее выявление.

Однако этих мер, как правило, оказывается недостаточно, и какая-то порой весьма значительная часть пациентов пропускается — с тем, чтобы в ближайшем будущем быть выявленными с кавернами почек.

Интересна динамика заболеваемости в зависимости от возраста пациентов. Так, пик заболеваемости туберкулёзом гениталий у женщин приходится на 25–34 года, снижаясь до спорадических случаев в постменопаузальном возрасте. Ни у одной девочки туберкулёз гениталий в 2008 году диагностирован не был.

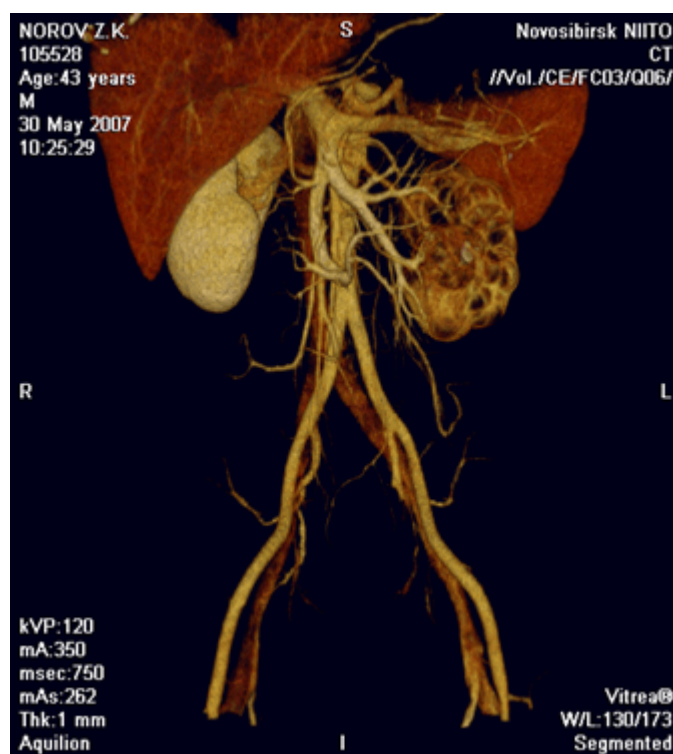


Рис. 3. МСКТ — полиартернозный туберкулез почки

Напротив, урологический туберкулёз начинают выявлять с младенческих лет как у мужчин, так и у женщин, причём подъём заболеваемости наблюдается в среднем возрасте, в 45–54 года. Данные зависимости представлены на рис. 4.

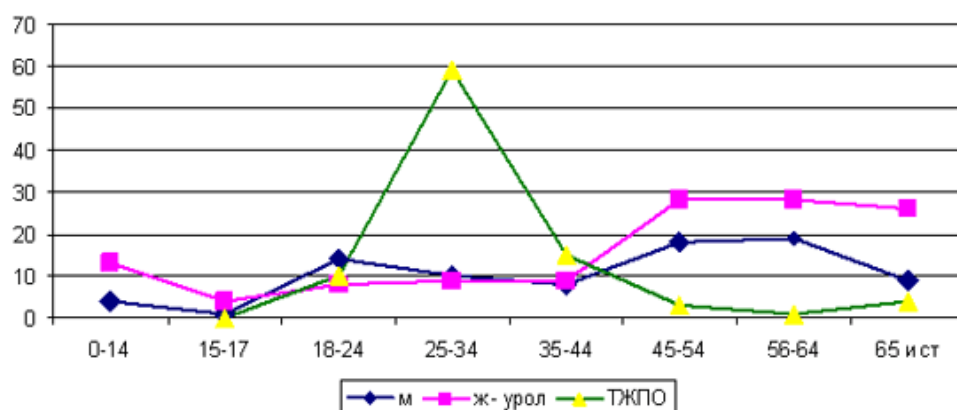


Рис. 4. Заболеваемость мочеполовым туберкулезом в различных возрастных группах.

Примечание: м — мужчины с урологическим туберкулёзом, ж-урол — женщины с урологическим туберкулёзом, ТЖПО — туберкулёз женских половых органов

Позднее выявление мочеполового туберкулеза обусловлено как субъективными, так и объективными причинами. Необходимо заподозрить туберкулез у пациента, который не полностью отвечает на стандартную терапию по поводу урогенитальной инфекции. В 2007 году 11-й съезд Российского общества урологов даже принял специальную резолюцию, согласно которой рекомендовалось урогенитальному туберкулезу уделять особое внимание в связи с изменением свойств возбудителя, что затрудняет своевременную диагностику и адекватную терапию. Съезд рекомендовал рассматривать любой случай активного воспаления органов мочеполовой системы как воспаление потенциально туберкулезной этиологии и проводить соответствующую диагностику

(исследование осадка мочи, секрета простаты и эякулята на МБТ). Съезд также рекомендовал воздержаться от назначения антибактериальных препаратов, влияющих на рост МБТ (в первую очередь — рифампицин, амикацин, фторхинолоны), до выполнения соответствующих исследований.

На конференции обсуждалась классификация туберкулеза мочеполовой системы. Сегодня фтизиоурологи используют классификацию, рекомендованную приказом № 109 Минздравсоцразвития от 2003 года, кодируя заболевание по МКБ-10. К сожалению, официальная классификация не указывает сторону поражения, упускает некоторые виды осложнений нефротуберкулеза, недостаточно структурирована. Кроме того, вряд ли целесообразно объединять в одно понятие туберкулез мочевого пузыря, мужской половой и женских гениталий, ибо они требуют дифференцированного подхода. В частности, туберкулез мочевого пузыря мы предлагаем подразделять на следующие формы:

1. Туберкулез паренхимы почек (I стадия).
2. Туберкулезный папиллит (II стадия).
3. Кавернозный нефротуберкулез (III стадия).
4. Поликавернозный нефротуберкулез (IV стадия).
5. Туберкулез мочевыводящих путей (лоханки, мочеточника, мочевого пузыря, уретры) — всегда вторичен по отношению к туберкулезу почек.

Осложнения: хроническая почечная недостаточность, свищ поясничной области вследствие прорыва каверны почки в паранефральное пространство. Нечастым осложнением является развитие нефрогенной артериальной гипертензии.

Туберкулез паренхимы почек — минимальная, начальная бездеструктивная форма нефротуберкулеза (I стадия), когда возможно не только клиническое, но и анатомическое излечение. При туберкулезе паренхимы почек на урограммах строение чашечно-лоханочной системы обычное, ни деструкция, ни ретенция не определяются. В анализах мочи у детей патологических изменений может не быть, хотя у взрослых, как правило, обнаруживают умеренную лейкоцитурию.

Микобактериурия при здоровых почках даже во время первичной или вторичной бактериемии невозможна — возбудитель туберкулеза не фильтруется через здоровые клубочки, поэтому обнаружение МБТ в моче всегда является признаком заболевания. Обязательна бактериологическая верификация туберкулеза паренхимы почек любым методом — положительный результат посева мочи, обнаружение МБТ методом люминесцентной микроскопии или выделение ДНК МБТ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Определить сторону поражения при туберкулезе паренхимы почек невозможно, поэтому это заболевание всегда считается двусторонним. Осложнения развиваются крайне редко. Прогноз благоприятный.

Туберкулезный папиллит (II стадия, ограниченно-деструктивная форма) может быть одно- и двусторонним, единичным и множественным. Микобактериурию удастся зафиксировать не всегда; осложняется, как правило, туберкулезом мочевых путей. Подлежит консервативному излечению; при неадекватной этиопатогенетической терапии возможно формирование стриктуры мочеточника, что требует оперативной коррекции. Прогноз благоприятный.

Кавернозный туберкулез почки — (III стадия, деструктивная форма) — патогенетически развивается двумя путями — из туберкулеза паренхимы или из папиллита. В первом случае формируется субкортикальная каверна, не сообщающаяся с чашечно-лоханочной

системой; клиническая картина аналогична таковой при карбункуле почки. Диагностируется такая каверна, как правило, патоморфологически после операции в общей лечебной сети. Во втором случае формирование каверны идет за счет распространения, увеличения деструкции сосочка.

Кавернозный нефротуберкулез может быть одно- и двусторонним; возможна ситуация, когда в одной почке диагностируют туберкулезный папиллит, а в другой — каверну. В этом случае пациент наблюдается по более тяжелой форме заболевания. Осложнения развиваются более чем у половины больных. Как правило, кавернозный нефротуберкулез требует хирургического пособия. Полного излечения добиться невозможно, только применение методик комплексной этиопатогенетической терапии позволяет в некоторых случаях трансформировать каверну почки в санированную кисту. Обычный исход — формирование посттуберкулезного пиелонефрита.

Поликавернозный туберкулез почки (IV стадия, распространенно-деструктивная форма) предполагает наличие нескольких каверн, что ведет к резкому снижению функции органа. Как крайний случай возможен пионефроз с формированием свища. Вместе с тем возможно и самоизлечение, так называемая аутоампутация почки — имбибирование каверн солями кальция и полная облитерация мочеточника. Осложнения развиваются почти всегда, поэтому, несмотря на удаление пораженной почки, пациент может продолжать страдать от посттуберкулезной цисталгии; вероятно наличие туберкулезного очага в контрлатеральной почке. Как правило, излечивается органоуносящей операцией.

Туберкулез мочеточника обычно развивается в нижней трети, поражая везикоуретеральное соустье. Однако возможно множественное поражение мочеточника с «четкообразной» деформацией, развитие стриктур, что приводит к быстрой гибели почки, даже в случае ограниченного нефротуберкулеза.

Туберкулез мочевого пузыря в начальной стадии проявляется параспецифическими изменениями слизистой в области устья наиболее пораженной почки. Туберкулез мочевого пузыря — одно из самых тяжелых осложнений нефротуберкулеза, причиняющее пациенту наибольшие страдания, резко снижающее качество его жизни и плохо поддающееся терапии. Специфический процесс распространяется на нижние мочевые пути у 10-45,6 % больных туберкулезом мочеполовой системы, причем проведение целенаправленных диагностических мероприятий, включающих биопсию стенки мочевого пузыря, значительно повышает частоту выявления осложнения — до 80 %. Туберкулез мочевого пузыря подразделяют на следующие стадии:

- 1 стадия — бугорково-инфильтративная;
- 2 стадия — эрозивно-язвенная;
- 3 стадия — спастический цистит (ложный микроцистис) — по сути гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП);
- 4 стадия — истинное сморщивание мочевого пузыря вплоть до полной облитерации;
- 5 стадия — ятрогенный мочевой пузырь, развивающийся вследствие инстилляций взвеси вакцины БЦЖ больным поверхностным раком мочевого пузыря.

Указанные выше формы могут переходить в более тяжелую последовательно или минуя промежуточную ступень. Если 1-я и 2-я формы могут быть излечены консервативно, то 4-я требует хирургического вмешательства — создания искусственного мочевого пузыря. Спастический микроцистис является пограничным состоянием, весьма склонным к трансформации в истинный микроцистис, означающий инвалидизацию пациента.

Микобактериурия обязательна при туберкулезе паренхимы почек и возможна при других формах нефротуберкулеза.

Таким образом, заключительный диагноз может звучать, например, так: A18.1 Туберкулёз паренхимы почек, МБТ+. Или: A18.1.2. Поликавернозный туберкулёз правой почки с отсутствием функции, туберкулёзный папиллит слева. Туберкулёз правого мочеточника, туберкулёз мочевого пузыря. ХПН-1. МБТ+.

Также в конце диагноза указывается группа диспансерного учёта, по которой наблюдается пациент.

Остается много нерешенных проблем во фтизиоурологии. В развитых странах стали все чаще диагностировать уротуберкулез у пациентов интраоперационно — с закономерно осложненным послеоперационным течением. В 2012 году на ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов было принято решение о проведении международной конференции по мочеполовому туберкулезу в Новосибирске, поскольку работы сотрудников Новосибирского НИИ туберкулеза (ННИИТ) и кафедры туберкулеза Новосибирского медицинского университета (НГМУ) широко известны за рубежом. Позже к организаторам присоединились Международное общество химиотерапии инфекций и рака, Азиатское научное общество урогенитальных инфекций и заболеваний, передаваемых половым путем, Российское общество урологов, Российская национальная ассоциация фтизиатров. В июле в Йокогаме на конгрессе ISC оргкомитет на специальном заседании обсуждал программу предстоящей конференции по урогенитальным инфекциям и туберкулезу в Новосибирске. На этом же заседании произошло знаковое событие: оставил свой пост председателя секции урогенитальных инфекций ISC хорошо знакомый россиянам профессор Курт Набер, его сменил на этом посту Флориан Вагенлехнер. Вся процедура прошла трогательно и сентиментально. Исходно было предложено пожизненно избрать Курта Набера почетным членом секции, но Тетсуро Матсумото (который, кстати, в этом году тоже оставил свой пост президента Азиатской ассоциации урогенитальных и венерических заболеваний) выдвинул предложение, поддержанное овациями — избрать Курта Набера почетным председателем секции. На рис. 5 — новый состав международной секции урогенитальных инфекций.



Рис. 5. Секция урогенитальных инфекций Международного общества химиотерапии инфекций и рака

Основная часть организационной работы легла на плечи ННИИТ и НГМУ, которые надеются со всем радушием принять гостей из самых дальних уголков России, из стран Европы и Азии; большую помощь оказывают сотрудники Алтайского и Красноярского медицинских университетов, Омской медицинской академии.

Конференция состоялась 24-26 октября, заседания проходили в двух залах ДК «Прогресс»; более подробная информация доступна по e-mail: urotub2013@yandex.ru и на сайте www.urotub2013.ru

Список литературы

1. Кульчавеня Е. В. Трудности диагностики туберкулеза мочеполовой системы / Е. В. Кульчавеня — Новосибирск : «Юпитер», 2004 — 108 с.
2. Туберкулез мочеполовой системы : руководство для врачей / Под ред. Т. П. Мочаловой. — М. : «Медицина», 1993. — 254 с.

THE GREAT MYSTIFIER DOESN'T CLIMB DOWN

E. V. Kulchavenya

*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk c.)
FBHE «Novosibirsk SRI of tuberculosis» of Ministry of Health (Novosibirsk c.)*

The brief analysis of tuberculosis of urogenital system is presented in the article: identification problems, possible complications, unresolved problems are defined in phthisiourology.

Keywords: phthisiourology, tuberculosis of urogenital system.

About authors:

Kulchavenya Ekaterina Valeryevna — doctor of medical sciences, professor of tuberculosis chair of FAT & PDD at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», chief research officer, head of urology department at FBHE Novosibirsk SRI of tuberculosis of Ministry of Health, office phone: 8 (383) 203-79-89, e-mail: urotub@yandex.ru

List of the Literature:

1. Kulchavenya E. V. Difficulties of diagnostics of tuberculosis of urogenital system / E. V. Kulchavenya — Novosibirsk: «Jupiter», 2004 — 108 P.
2. Tuberculosis of urogenital system: guidance for doctors / Under the editorship of T. P. Mochalova. — M: «Medicine», 1993. — 254 P.