

Оригинальная статья

УДК 616.6-16-0022

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Е.В. Кульчавеня^{1,3}, И.И. Жукова², Д.П. Холтобин¹, Е.В. Брижатюк¹, В.Т. Хомяков¹, А.В. Осадчий¹

¹ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулёза» Минздрава России,

²Новосибирский областной противотуберкулёзный диспансер,

³ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск,
Российская Федерация

DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE MODERN UROGENITAL TUBERCULOSIS

Kulchavenya E.V., Zhukova I. I., Kholto bin D.P., Brizhayuk E.V., Khomyakov V.T., Osadchiy A.V.

Резюме

С целью анализа структуры больных мочеполовым туберкулёзом были подвергнуты ретроспективному анализу амбулаторные карты 131-го впервые выявленного больного мочеполовым туберкулёзом, находящегося на диспансерном учете в Новосибирском областном противотуберкулёзном диспансере с 2009 по 2011 годы.

Ведущей формой в структуре уротуберкулёза является туберкулёз почек, который был выявлен у 75% пациентов, причём более половины приходилось на распространённые деструктивные формы заболевания. Изолированным нефротуберкулёзом чаще болели женщины – 56,8%.

У 17% пациентов отмечено бессимптомное течение нефротуберкулёза, каждый третий предъявлял жалобы на боль в поясничной области и учащённое болезненное мочеиспускание (соответственно 35,2% и 39,8%), у 17% присутствовали симптомы интоксикации, у 9,1% – почечная колика, у 7,9% – макрогематурия. Микобактериурия при изолированном нефротуберкулёзе выявлена в 31,8%.

Туберкулёзный орхоэпидидимит развился остро у 35,7% больных, гемоспермия отмечена у 7,1%, дизурия – у 35,7%. Основные жалобы при туберкулёзе простаты – боль в промежности (31,6%), учащённое болезненное мочеиспускание (также 31,6%), гемоспермия (26,3%). Микобактерии были обнаружены в 10,5% случаев.

Урогенитальный туберкулёз не имеет патогномичных симптомов; наиболее настораживающим является длительное расстройство мочеиспускания, гематурия, гемоспермия.

Resume

131 patients' case reports with newly diagnosed urogenital tuberculosis were studied to analyze structure of urogenital tuberculosis. All were patients were under observation of Novosibirsk Regional TB Dispensary in 2009 - 2011.

Leading form in the structure of urogenital tuberculosis is kidney tuberculosis, which was detected in 75% of patients, more than half were in widespread destructive forms of the disease. Women more often suffered from isolated nephrotuberculosis – 56.8%.

17% of patients had asymptomatic nephrotuberculosis, one third complained of flank pain, and frequent painful urination (respectively 35.2% and 39.8%); intoxication was in 17%, from 9.1% – renal colic, at 7.9% – gross hematuria. Mycobacteriuria was found in 31.8%.

Tuberculous orchepididymitis had acute clinical course in 35.7%, haematospermia was observed in 7.1%, dysuria - in 35.7%. Main complaints were pain in the perineum (31.6%), frequent painful urination (31.6%), haematospermia (26.3%). Mycobacteria were detected in 10.5% of cases.

Urogenital tuberculosis has no pathognomonic symptoms, most common are the long-term dysuria, hematuria, haematospermia.

Введение

Туберкулёз внеторакальных локализаций, несмотря на малые абсолютные числа заболевших, играет существенную роль во фтизиатрии. Это обусловлено большей частотой фатальных осложнений при некоторых формах внелёгочного туберкулёза, значительно ухудшающих качество жизни, а также высокой ассоциацией этих заболеваний с ВИЧ инфекцией.

Туберкулёз мочеполовой системы стоит на первом месте в структуре заболеваемости внелёгочным туберкулёзом в странах с высоким уровнем

заболеваемости, и на третьем месте – в странах, благополучных по туберкулёзу [5]. На первый взгляд, уротуберкулёз – довольно редкое и малозначимое заболевание. Однако 77% мужчин, умирающих от туберкулёза любых локализаций, имеют туберкулёзное поражение предстательной железы, не диагностированный прижизненно – в России это более 10000 человек ежегодно [3]. Учитывая, что туберкулез урогенитальный туберкулез приводит к бесплодию (как мужскому, так и женскому) [4], становится очевидным недостаток внимания, уделяемого этой проблеме.

Для больных мочеполовым туберкулёзом не характерен “habitus phthisicus”, симптомы интоксикации; нет ярко выраженных изменений гемограммы и патогномичных симптомов, при изолированных формах нет изменений на флюорограмме органов дыхания. Безусловно, это затрудняет своевременное распознавание заболевания. Диагностика туберкулёза мочеполовой системы происходит, как правило, по обращаемости. В структуре впервые выявленных форм преобладают запущенные и осложнённые процессы. Так, М.Ф. Бабенко [1] наблюдал 68 больных кавернозным туберкулёзом почек. 54 из них (79,4%) регулярно проходили формальное медицинское обследование, однако при этом 25 (36,2%) не делался даже общий анализ мочи. Лишь 11 (32,4%) пациентов с явными лабораторными проявлениями заболевания (пиурия, макрогематурия, протеинурия) подверглись глубокому клиническому обследованию. Из 68 больных 18 лечились в терапевтических отделениях с диагнозами хронический пиелонефрит, эпидидимит, цистит, мочекаменная болезнь, пояснично-крестцовый радикулит, простатит, другие заболевания. Тенденцию мочеполового туберкулёза – протекать под маской

других заболеваний – отмечают и другие авторы [6].

Основополагающий в прежних условиях симптом – асептическая пиурия – в настоящее время встречается не более чем у 25% больных [2], характерные рентгенологические признаки означают позднюю диагностику, так как специфичны только в стадии выраженной деструкции.

Целью настоящего исследования было провести анализ структуры мочеполового туберкулёза у больных, находящихся на учете в Новосибирском областном противотуберкулёзном диспансере, и определить клиническую симптоматику заболевания на современном этапе.

Материал и методы

Мы подвергли ретроспективному анализу амбулаторные карты 131 впервые выявленного больного мочеполовым туберкулёзом (туберкулёз мочевого и мужских половых органов; гинекологический туберкулёз в данном исследовании не принимался во внимание). Все больные находились на диспансерном учете в Новосибирском областном противотуберкулёзном диспансере с 2009 по 2011 годы (сплошная выборка). Изучалась их клиническая и половозрастная структура заболевания, метод выявления и основные симптомы уротуберкулёза.

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием приложений «Microsoft Office Excel 2003». 95% доверительный интервал (ДИ) рассчитывался исходя из нормального распределения Пуассона, для выявления статистической достоверности различий между группами был использован критерий Стьюдента. Различия в сравниваемых группах считались достоверными при уровне двусторонней статистической значимости (p) менее 0,05.

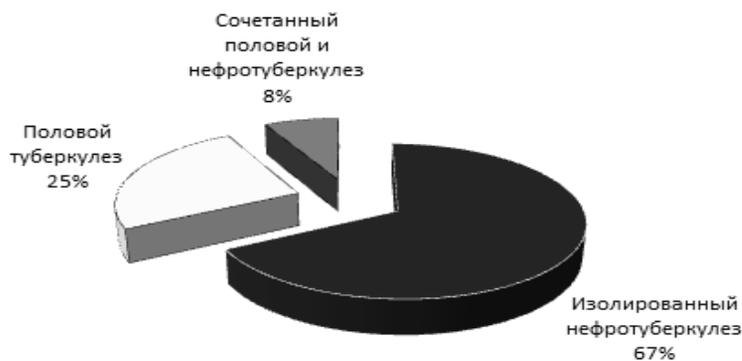


Рисунок 1 Клиническая структура мочеполового туберкулеза (n=131).

Результаты

Из 131 взятых на учёт пациента у 88 больных, 67,2% (ДИ 53,9- 82,8) был диагностирован изолированный туберкулёз почек, у 33 больных, 25,2% (ДИ 17,3 – 35,8) мужчин – туберкулёз половых органов, ещё у 10 больных, 7,6% (ДИ 3,7 – 14,0) мужчин было сочетание полового туберкулёза с нефротуберкулёзом (у всех – поликавернозный туберкулёз почек), структура заболевания представлена на рисунке 1.

Таким образом, ведущей формой в структуре уротуберкулёза является туберкулёз почек, который был выявлен у 75% пациентов (из них у 8% в процесс были вовлечены также и половые органы). Изолированный нефротуберкулёз был выявлен у 88 больных (67%).

В целом в когорте мочеполового туберкулёза преобладали мужчины - 81 из 131 (61,8%), женщин было 50 (38,2%). Однако изолированным нефротуберкулёзом достоверно чаще ($p < 0,05$) болели женщины - 50 человек (56,8%) из 88, мужчин было 38 (43,2%), различия статистически незначимы ($p = 0,07$) (рисунок 2). С 1990 по 2008 год на долю женщин стабильно приходилось более 60%, однако с 2008 года наметилась тенденция к смещению гендерных долей, и к 2011 году соотношение числа больных мужчин и женщин достигла значений, отмеченных в зарубежной литературе - 2:1. Объективных и очевидных причин такого соотношения сформулировать не представляется возможным.



Рисунок 2 Гендерная структура мочеполового туберкулёза (n=131) в общей когорте и в выборке больных нефротуберкулёзом.

Сравнительная возрастная характеристика пациентов с туберкулёзом почек и половых органов представлена на рисунке 3.

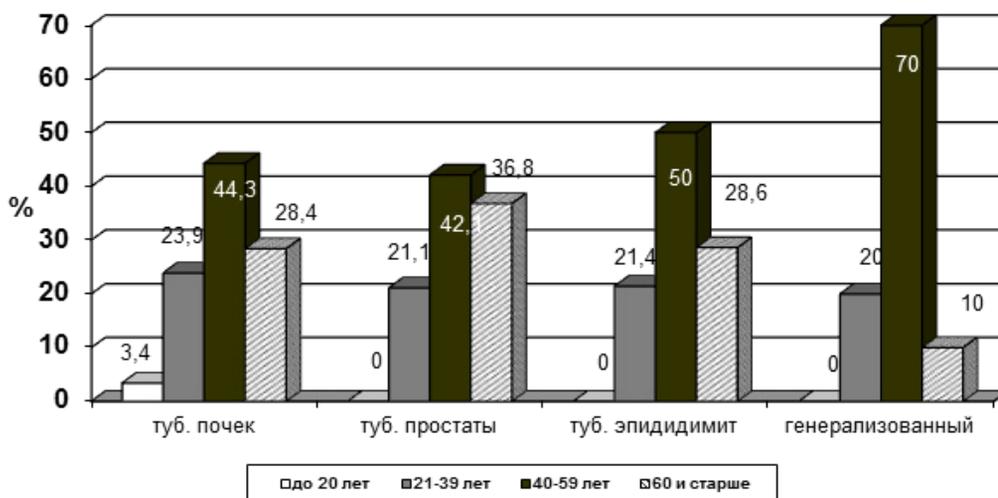


Рисунок 3 Возрастная структура больных уротуберкулёзом, n=131

Таким образом, у лиц молодого возраста диагностируют преимущественно малые формы нефротуберкулёза, что можно объяснить более пристальным вниманием фтизиопедиатров к своим пациентам, обязательным бактериологическим обследованием детей из эпидемического очага. Напротив, запущенные распространённые процессы чаще выявляют у пациентов среднего и старшего возраста, что косвенно свидетельствует о длительном хроническом течении мочепоолового туберкулёза, с постепенным прогрессированием деструктивного процесса.

В структуре нефротуберкулеза, включая 10 случаев сочетанного поражения почек и мужских

половых органов (98 случаев), более половины приходилось на распространённые деструктивные формы заболевания. Изолированный кавернозный туберкулёз почек был диагностирован у 22 пациентов, 22,5% (ДИ 14,1 – 34,0), изолированный поликавернозный – у 21 больного 21,5% (ДИ 13,3 – 32,8). Однако, учитывая, что у 10 мужчин – 10,2% (ДИ 4,9 – 18,8) с генерализованным поражением мочепооловой системы также был поликавернозный нефротуберкулёз, доля запущенного процесса возрастает до 54,0%. Туберкулёз паренхимы почек был выявлен у 10 человек – 10,2% (ДИ 4,9 – 18,8), по поводу туберкулёзного папиллита наблюдались 35 человек – 35,7% (ДИ 24,9 – 49,8), рисунок 4.

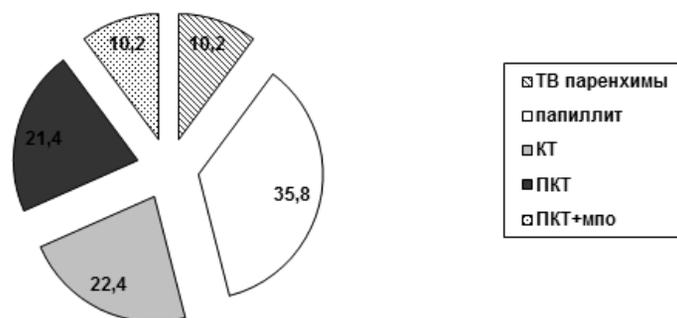


Рисунок 4 Структура нефротуберкулёза, n=98 (в том числе 10 больных поликавернозным туберкулёзом почек в сочетании с половым) в % ТБ паренхимы – туберкулёз паренхимы почек, КТ – кавернозный туберкулёз почек, ПКТ – поликавернозный туберкулёз почек, ПКТ+мпо - поликавернозный туберкулёз почек в сочетании с туберкулёзом мужских половых органов.

Таким образом, среди больных нефротуберкулезом сохраняется преобладание больных с распространёнными деструктивными формами туберкулёза.

При анализе клинико-возрастной структуры больных в зависимости от диагноза было установлено, что туберкулёз паренхимы почек выявлен у 10 больных (шесть мужчин и четыре женщины). Среди заболевших было двое детей в возрасте 3-х и 6-ти лет, один подросток 17-ти лет, четверо больных было в возрасте 21-39 лет, трое больных - 40-59 лет. Старше 60-ти лет не наблюдали ни одного пациента. Все дети с туберкулёзом паренхимы почек были выявлены при обследовании туберкулёзных контактов. Пациенты не предъявляли жалоб со стороны мочепооловой системы, то есть течение заболевания у них было бессимптомным. 17-летняя девушка страдала на протяжении пяти лет хроническим пиелонефритом (были изменения в анализах мочи, боль в области почки). Поскольку данная категория больных является группой риска, ей в плановом порядке было проведено

бактериологическое исследование мочи, выявившее микобактериурию. Среди остальных семи взрослых пациентов у трёх также было бессимптомное течение заболевания (их обследовали как контактных). У двух других отмечались симптомы интоксикации, у одного была макрогематурия, ещё у одной пациентки в анамнезе - рецидивирующая почечная колика. Таким образом, среди больных туберкулёзом паренхимы почек только три человека имели специфические урологические жалобы (почечная колика, макрогематурия, боль в поясничной области). У двух отмечались симптомы интоксикации, не позволявшие заподозрить поражение почек, а пять человек не предъявляли никаких симптомов со стороны мочепооловой системы вообще. Бактериологическая верификация получена у всех больных.

Среди 35 больных туберкулёзным папиллитом преобладали женщины – 22 человека (62,9%), мужчин было 13 человек (37,1%). Ни одного пациента моложе 20-ти лет среди больных туберкулёзным папиллитом не было. В возрасте 21-39 лет и 40-59

лет было по 13 человек (37,1% и 37,1%). Больных старше 50-ти лет выявлено девять человек (25,8%). Чаще всего больные с туберкулёзным папиллитом отмечали боль в поясничной области – 16 человек (45,7%), с такой же частотой встречались жалобы на учащённое болезненное мочеиспускание. Симптомы интоксикации (субфебрилитет, слабость, общее недомогание) имели девять пациентов (25,7%). Макрогематурия была у пяти больных (14,3%). Бессимптомное течение заболевания зарегистрировано в пяти случаях. Почти у всех больных зафиксировано два и более симптома. Бактериологическое подтверждение диагноза было получено лишь у семи больных (20%). У остальных 28 диагноз основывался на результатах оценки эпидемического анамнеза, клинических данных, неэффективности предшествующего неспецифического лечения, результатах провокационных проб и терапии *ex juvantibus*.

По поводу кавернозного туберкулёза почек находились на учете 22 человека. В этой группе отмечено двукратное преобладание женщин (15 пациенток), в то время как мужчин было всего 7 человек. Все пациенты были старше 20-ти лет: в возрасте 21-29 лет - 3 человека, в возрасте 40-59 лет - 11 больных. В старшей возрастной группе (более 60-ти лет) - 8 больных. Смещение пропорции в сторону старшего возраста, по сравнению с группой больных туберкулёзным папиллитом, подчёркивает несвоевременность диагностики. Вероятно, в более молодом возрасте у этих пациентов уже был туберкулёз почек, но заболевание своевременно не распознали, и лишь с течением времени, когда пациенты стали старше, а процесс более

выраженным, нефротуберкулёз был установлен. Бессимптомное течение при кавернозном туберкулёзе почек выявлено всего у трёх человек (13,6%) – по изменениям в анализе мочи, который был сделан по какому-либо другому поводу. Почечная колика была у четырех больных (18,2%), дизурия – у семи (31,8%), 15 человек (68,2%) отмечали боль в поясничной области. Микобактериурия выявлена всего у четырех больных (18,2%), диагноз преимущественно был верифицирован патоморфологически или рентгенологически.

По поводу поликавернозного нефротуберкулёза находился на учете 21 больной с изолированным туберкулёзом почек. Мужчин в этой группе было 12 (57,1%) человек, женщин – 9 (42,9%). Все больные – старше 20-ти лет: в возрасте 21-30 лет – один человек (4,8%), 40-59 лет – 12 человек (47,6%), в возрасте 60 лет и старше – 8 пациентов (38,1%). Наиболее характерным симптомом в этой группе больных была дизурия – у 12-ти больных (57,1%), боль в поясничной области присутствовала у 9-ти больных (42,9%), почечная колика отмечена у 3-х (14,3%), макрогематурия – у одного (4,8%). У одного больного туберкулёзом легких поражение почек никак себя не проявляло и было выявлено в процессе наблюдения и лечения основного заболевания случайно, методом ультразвуковой диагностики. Симптомы интоксикации встречались в 19,0% (4 больных), микобактериурия – в 33,3% (7 пациентов).

Гендерно-возрастная структура больных изолированным туберкулёзом представлена на рисунках 5 и 6.

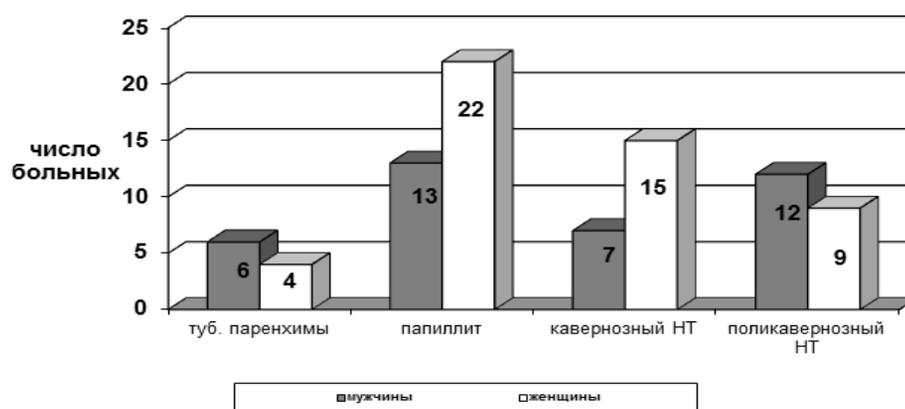


Рисунок 5 Распределение больных изолированным туберкулёзом почек по полу n=88

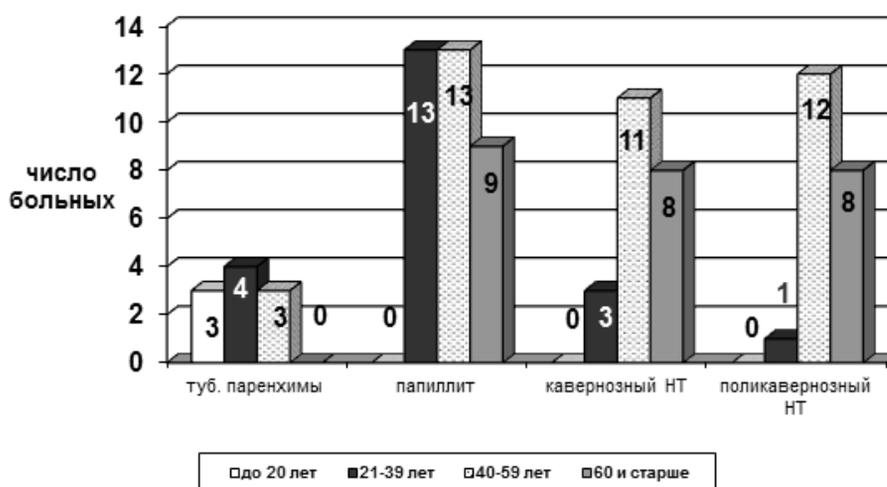


Рисунок 6 Распределение больных изолированным туберкулёзом почек по возрасту n=88

Таким образом, видно закономерное преобладание среди больных с распространёнными деструктивными формами нефротуберкулёза лиц старше 40 лет, что отражает патогенез туберкулёза почек - медленное прогрессирующее течение заболевания.

Нами также проанализирована структура клинической симптоматики нефротуберкулёза (рисунок 7).

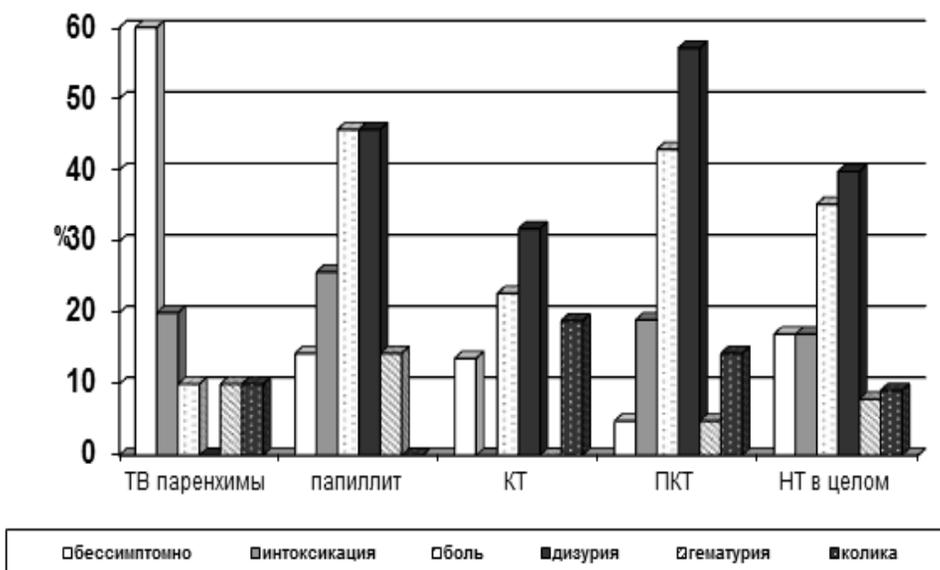


Рисунок 7 Р. Спектр жалоб у больных туберкулёзом почек, n=88

ТВ паренхимы – туберкулёз паренхимы почек, КТ – кавернозный туберкулёз почек, ПКТ – поликавернозный туберкулёз почек, НТ – нефротуберкулёз.

Таким образом, анализ клинической симптоматики свидетельствует, что даже распространённый деструктивный процесс может не вызывать у больного никаких жалоб. Напротив, наименее распространённая форма заболевания – туберкулёз паренхимы почек, у ряда больных является причиной обращения к врачу. Не установлено ни одной специфичной для нефротуберкулёза жалобы, все выявленные симптомы могут наблюдаться при ряде

других урологических заболеваний.

Туберкулёз предстательной железы был диагностирован у 19 человек, среди которых не было ни одного моложе 20 лет. В возрасте 21-39 лет было выявлено четырех человека (21,0%), 40 – 59 лет – восемь человек (42,1%), 60 лет и старше – семь больных (36,8%). Основные жалобы, которые предъявляли больные туберкулёзом простаты – боль в промежно-сти (6 человек – 31,6%), учащённое

болезненное мочеиспускание (шесть человек – 31,6%), – также не отличались специфичностью. Гемоспермия была поводом обращения к врачу у пяти больных (26,3%), эректильная дисфункция – у двух (10,5%). Симптомы интоксикации присутствовали у одного пациента (5,3%). Бессимптомное течение заболевания отмечено у двух больных туберкулёзом легких (диагноз верифицирован патоморфологически после биопсии простаты по поводу сопутствующей доброкачественной гиперплазии). Микобактерии туберкулёза были выявлены в секрете простаты / эякуляте в двух случаях.

Туберкулёзный орхоэпидидимит диагностирован у 14 мужчин, все старше 20-ти лет. В возрасте 21-39 лет было три человека (21,4%), 40-59 лет – семь больных (50,0%), 60 лет и старше – четыре пациента (28,6%). Заболевание дебютировало увеличением яичка у восьми пациентов (57,1%), что сопровождалось болью в мошонке у пяти из них (35,7%). Гемоспермия отмечена у одного пациента (7,1%), дизурия – у пяти больных (35,7%). Острое начало зарегистрировано у пяти больных. Микобактерии туберкулеза в моче или дериватах половых желёз не выявлены ни в одном случае.

Одновременное поражение туберкулезом органов мочевой и мужской половой системы наблюдалось у 10 больных, среди которых также не встретился никто моложе 20-ти лет. В возрасте 21 – 39 лет на учёт взяты два человека, от 40 до 59 лет – семь человек, старше 60-ти – один пациент. Половина больных жаловались на расстройство мочеиспускания, боль в поясничной области отмечали три пациента, гематурию – два. По одному случаю отмечены жалобы на кровь в эякуляте и боль в промежности, ещё в одном случае имелись симптомы интоксикации. У двух человек заболевание началось с острого орхоэпидидимита, у одного основной жалобой было безболезненное увеличение придатка яичка. Микобактериурия выявлена у четырех больных.

Проведённый анализ позволил сделать следующие выводы:

1. Ведущей формой в структуре уротуберкулёза является туберкулёз почек, который был выявлен у 75% пациентов (из них у 8% в процесс были вовлечены также и половые органы). В структуре нефротуберкулёза, включая сочетанное поражение почек и мужских по-ловых органов, более половины приходилось на распространённые деструктивные формы заболевания. Изолированным нефротуберкулёзом

чаще болели женщины – 56,8%.

2. Преобладание среди больных с распространёнными деструктивными формами нефротуберкулёза лиц старше 40 лет отражает патогенез туберкулёза почек – медленное прогрессирующее течение заболевания.

3. У 17% пациентов отмечено бессимптомное течение нефротуберкулёза, каждый третий предъявлял жалобы на боль в поясничной области и учащённое болезненное мочеиспускание (соответственно 35,2% и 39,8%), у 17% присутствовали симптомы интоксикации, у 9,1% – почечная колика, у 7,9% – макрогематурия. Микобактериурия при изолированном нефротуберкулёзе выявлена в 31,8%.

4. Туберкулёзный орхоэпидидимит развился остро у 35,7% больных, гемоспермия отмечена у 7,1%, дизурия – у 35,7%. Основные жалобы при туберкулёзе простаты – боль в промежности (31,6%), учащённое болезненное мочеиспускание (также 31,6%), гемоспермия (26,3%). Микобактерия обнаружена в 10,5% случаев.

5. Урогенитальный туберкулёз не имеет патогномичных симптомов; наиболее настораживающим является длительное расстройство мочеиспускания, гематурия, гемоспермия.

Список литературы

1. Бабенко М.Ф. Современные проблемы диагностики туберкулёза почек у военнослужащих / М.Ф. Бабенко // Туберкулёз и болезни лёгких – 2011, (4): 45-5.
2. Кульчавеня Е.В. Трудности диагностики туберкулеза мочеполовой системы. – Новоси-бирск: «Юпитер», 2004 – 103 с..
3. Кульчавеня Е.В. Избранные вопросы фтизиоурологии / Е.В. Кульчавеня, В.А. Краснов. – Новосибирск: Наука, 2010 – 142 с.
4. Щербань М.Н. Диагностика, предупреждение и лечение нарушений репродуктивной функции у мужчин, больных туберкулёзом лёгких / М.Н. Щербань, Е.В. Кульчавеня, Е.В. Брижатюк // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2010 (10): 31-36.
5. Kulchavenya E. Some aspects of Urogenital Tuberculosis / E. Kulchavenya // Int J Nephrol Urol., 2010; 2(2): 351-360
6. Muttarak M., ChiangMai W.N., Lojanapiwat B. Tuberculosis of the genitourinary tract: imaging features with pathological correlation.// Singapore Med J. - 2005 - 46(10) : 568-574.