

Роль иммуногистохимического исследования в диагностике и лечении туберкулеза мочевого пузыря

С.А. Семенов, А.Н. Муравьев

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физиопульмонологии

Введение. Диагностика туберкулеза мочевого пузыря основывается на патоморфологической верификации. При рутинном гистологическом исследовании (окраска гематоксилином и эозином, Циля-Нельсена) выявление специфических изменений в стенке мочевого пузыря возможно лишь у 17,3–54,0% больных нефротуберкулезом (Кульчавеня Е.В., Брижатюк Е.В., 2006; Khanna P. et al., 2006). Несмотря на комплексное лечение туберкулезного цистита, в 5–17% случаев наблюдается исход в микроцистис (Зубань О.Н., Комяков Б.К., 2011; Муравьев А.Н., Зубань О.Н., 2012; Mc Aleer S.J. et al., 2007). Стандартным методом лечения малого МП является его резекция с последующей ортотопической илеоцистопластикой (Муслимов М.М., 2010; Зубань О.Н., Комяков Б.К., 2011). С учетом сохранения участка МП в результате хирургического лечения в нем возможна персистенция микобактерий туберкулеза (МБТ), не выявленная стандартным гистологическим методом, которая может приводить к развитию таких поздних осложнений, как хроническая задержка мочеиспускания, развитие симптомов нижних мочевых путей. Установлено, что применение иммуногистохимического (ИГХ) метода диагностики повышает обнаружение МБТ до 80–85% случаев (Нерсисян А.А. и др., 2010). В связи с этим применение ИГХ-метода в диагностике туберкулеза мочевого пузыря может позволить прогнозировать отдаленные результаты хирургического лечения микроцистиса туберкулезной этиологии.

Материалы и методы. Нами проведено исследование 21 гистологического препарата резецированного мочевого пузыря при нефротуберкулезе. Всем больным выполнялась супратригональная резекция мочевого пузыря с увеличительной илеоцистопластикой. Полученный препарат мочевого пузыря фиксировали в 10% растворе забуференного

формалина, проводили по стандартной методике, готовили гистологические срезы толщиной 4 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином и по методу Циля-Нельсена. После этого выполнялось иммуногистохимическое исследование по стандартной методике с поликлональными кроличьими антителами фирмы Vector, разведение 1 : 5000. Полученные результаты анализировались с использованием системы Statistica for Windows (версия 9). Сопоставление частотных характеристик качественных показателей проводилось с помощью непараметрических методов χ^2 с поправкой Йетса (для малых групп), χ^2 Пирсона, одно- и двухстороннего критерия Фишера.

Результаты. У 2 (9,5%) больных специфические изменения в тканях мочевого пузыря выявлены с помощью стандартного гистологического исследования, при ИГХ-диагностике с антителами к микобактерии туберкулеза положительная реакция отмечена у 5 (23,8%) больных. Исследование функции нижних мочевых путей в отдаленном послеоперационном периоде показало, что у больных с положительным anti-МБТ отмечается клинически значимая хроническая задержка мочеиспускания со средним значением объема остаточной мочи (ООМ) 122 ± 18 мл, тогда как у пациентов с отрицательной ИГХ-реакцией ООМ был равен $26,6 \pm 10$ мл. Данные шкалы IPSS-QoI показали увеличение степени расстройств мочеиспускания в группе с МБТ, выявленными ИГХ-методом.

Выводы. Применение ИГХ-метода в комплексе со стандартным гистологическим исследованием повышает выявляемость туберкулеза мочевого пузыря, а обнаружение anti-МБТ в резецированной ткани может быть одним из прогностических факторов, указывающих на осложненное течение отдаленного послеоперационного периода.