

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ВНЕЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

С. Ю. ШЕВЧЕНКО¹, Е. В. КУЛЬЧАВЕНЯ^{1,2}, Д. П. ХОЛТОБИН¹, В. Т. ХОМЯКОВ¹, Е. В. БРИЖАТЮК¹

¹ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России, г. Новосибирск

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск

Представлен клинический случай пациента, поступившего в клинику с запущенной формой генерализованного мочеполового туберкулеза, осложненного терминальной почечной недостаточностью, туберкулезом кишечника. Пациент в течение 10 лет безуспешно лечился по поводу «урогенитальных инфекций», маскирующих мочеполовой туберкулез, перенес ряд операций. Диагноз туберкулеза был установлен гистологически, когда сформировался свищ кишки.

Ключевые слова: туберкулез, диагностика, мочеполовой, генерализованный, урогенитальный.

CLINICAL CASE OF SEVERE DISSEMINATED EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS

S. YU. SHEVCHENKO¹, E. V. KULCHAVENYA^{1,2}, D. P. KHOLTOBIN¹, V. T. KHOEMYAKOV¹, E. V. BRIZHATYUK¹

¹Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, Russia

²Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

The article presents the clinical case when the patient was admitted to Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Russian Ministry of Health, in September 2013 from the territory supervised by the institute (Sakha Republic) with the advanced form of generalized urogenital tuberculosis, complicated by terminal renal failure and tuberculosis colitis. The patient had been treated for urogenital infections - veiled manifestations of tuberculosis, with no success for 10 years, he underwent a number of surgeries. Tuberculosis was diagnosed histologically when intestine fistula developed.

Key words: tuberculosis, diagnostics, genitourinary, generalized, urogenital.

Несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости туберкулезом в целом и внелегочными формами в частности [2], все же выявляют больных внелегочным туберкулезом уже в стадии развития необратимых осложнений, с потерей функции пораженного органа [1]. Клиническое наблюдение представляет такой случай.

Пациент К., 54 года, поступил в ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России в сентябре 2013 г. из зоны курации – Республики Саха (Якутия) – с жалобами на необходимость пользования мочевыми катетерами, калоприемником, а также общую слабость. Ранее туберкулезом не болел, контакт с больным туберкулезом отрицает.

Анамнез заболевания. В течение 10 лет наблюдался и лечился у уролога по месту жительства по поводу хронического пиелонефрита, цистита; антибактериальную терапию проводили преимущественно фторхинолонами, амикацином. В начале 2012 г. диагностированы структуры дистальных отделов мочеточников, атрофия правой почки.

Пациент К. 1 марта 2012 г. в тяжелом состоянии госпитализирован в урологическое отделение больницы, где 15 марта 2012 г. ему по экстренным показаниям в связи с острым гнойным обструктивным левосторонним пиелонефритом выполнены ревизия органов малого таза, двухсторонняя уретерокутанеостомия. Гистологически обнаружено хроническое воспаление с густой лимфоцитарной инфильтрацией. В моче выявлен рост полирезистентной уро-

патогенной микрофлоры в высоком титре. Посевы на *M. tuberculosis* не выполняли.

На 10-е сут после операции у пациента развился острый орхоэпидидимит справа с абсцедированием; 30 марта 2012 г. ему осуществлено вскрытие абсцесса мошонки. Многокомпонентная антибактериальная терапия с использованием антибиотиков резерва (карбапенемы) позволила стабилизировать состояние пациента, и он был выписан домой под наблюдение уролога поликлиники.

В связи с ухудшением состояния, нарастанием дизурии, упорной пиурии, бактериурии, острым орхоэпидидимитом слева – 1 октября 2012 г. повторная госпитализация в урологический стационар. Диагноз при поступлении, согласно выписке: хронический цистит; сморщеный мочевой пузырь; острый орхоэпидидимит слева; структуры дистальных отделов обоих мочеточников; сморщенная правая почка; единственная функционирующая левая почка; состояние после уретерокутанеостомии от 15.03.2012 г. по поводу блока единственной почки; структура уретры. ХПН II стадии.

Вскрытие абсцесса мошонки слева выполнено 5 октября 2012 г., 23 октября – ревизия органов брюшной полости и малого таза, увеличительная кишечная пластика мочевого пузыря (замещение мочевого пузыря фрагментом тонкой кишки).

В послеоперационном периоде возникло обострение пиелонефрита единственной почки. Проводили консервативную терапию, бужирование уретры.

В связи с малой емкостью мочевого пузыря 21 ноября 2012 г. выполнено наложение троакарной эпистомии.

Пациент был выписан из отделения 3 декабря 2012 г. в удовлетворительном состоянии с рекомендациями тренировки мочевого пузыря, повторного бужирования уретры; в перспективе планировалось удаление цистостомы. Посевы на *M. tuberculosis* не выполняли.

Повторная госпитализация осуществлена 27 марта 2013 г. с жалобами на полное прекращение мочеиспускания через мочеиспускательный канал, 9 апреля 2013 г. проведена трансуретральная резекция структуры уретры, предстательной железы. Выписан из отделения с цистостомой с рекомендациями смены катетера по мере необходимости. Посевы на *M. tuberculosis* не выполняли.

В мае 2013 г. проводили стационарное лечение по месту жительства по поводу обострения хронического цистита и пиелонефрита цефалоспоринами и фторхинолонами. Посевы на *M. tuberculosis* не выполняли.

В июле 2013 г. появились жалобы на отделяемое из заднего прохода. Выполнена ирригоскопия, осмотрен проктологом, обнаружен свищ прямой кишки. Рекомендована консервативная терапия. Посевы на *M. tuberculosis* не выполняли.

С 4 сентября по 27 сентября 2013 г. больной находился на стационарном лечении в отделении колопроктологии. При обследовании диагностированы уретропрямокишечный свищ, абсцесс малого таза, перфорация прямой кишки и мочевого пузыря, местный неограниченный гнойно-фибринозный перитонит.

Больному выполнены передняя резекция прямой, сигмовидной кишки, одностольная сигмостомия, уретерокутанеостомия слева 8 сентября 2013 г. При гистологическом исследовании интраоперационного материала выявлены эпителиоидно-клеточные гранулемы с наличием гигантских клеток типа Пирогова – Лангханса с фокусами казеозного некроза, окруженные эпителиоидно-клеточным валом. Заключение: морфологическая картина соответствует колите туберкулезной этиологии.

В ФГБУ «НИИТ» МЗ РФ пациент поступил 27 сентября и после специализированного дообследования ему был установлен уточненный диагноз: генерализованный мочеполовой туберкулез; поли-кавернозный туберкулез правой почки с исходом в сморщивание, туберкулезный папиллит левой почки; туберкулез обоих мочеточников, мочевого пузыря, уретры, предстательной железы, двухсторонний туберкулезный эпидидимит; туберкулез кишечника уретерокутанеостома слева; нефростома слева; цистостомеостома; ХПН III стадии; сигмостома. Осложнения: декомпенсированная структура неоуретероцистоанастомоза слева; инфицированный уретерогидронефроз единственной функционирующей почки слева; склероз шейки мочевого пузыря; протяженная структура уретры; состояние после пе-

редней резекции прямой, сигмовидной кишки, одностольная сигмостомия по поводу абсцесса малого таза, перфорации прямой кишки и мочевого пузыря, осложненных местным неограниченным гнойно-фибринозным перитонитом; уретерокутанеостомия слева от 08.09.2013 г.; инфекция мочевыводящих путей, латентное течение. Сопутствующий диагноз: артериальная гипертензия 3-й степени, риск 4, хроническая сердечная недостаточность I стадии.

Внешний вид пациента представлен на рис. 1, данные рентгенологического обследования – на рис. 2 и 3, уретроскопическая картина – на рис. 4.



Рис. 1. Внешний вид пациента K., 54 года

Fig. 1. Patient K., 54 years old



Рис. 2. Мультиспиральная компьютерная томограмма пациента K.: вторично-сморщенная правая почка, бугристая левая почка

Fig. 2. Multispiral computer tomography of patient K.: secondary contracted right kidney, tuberous left kidney

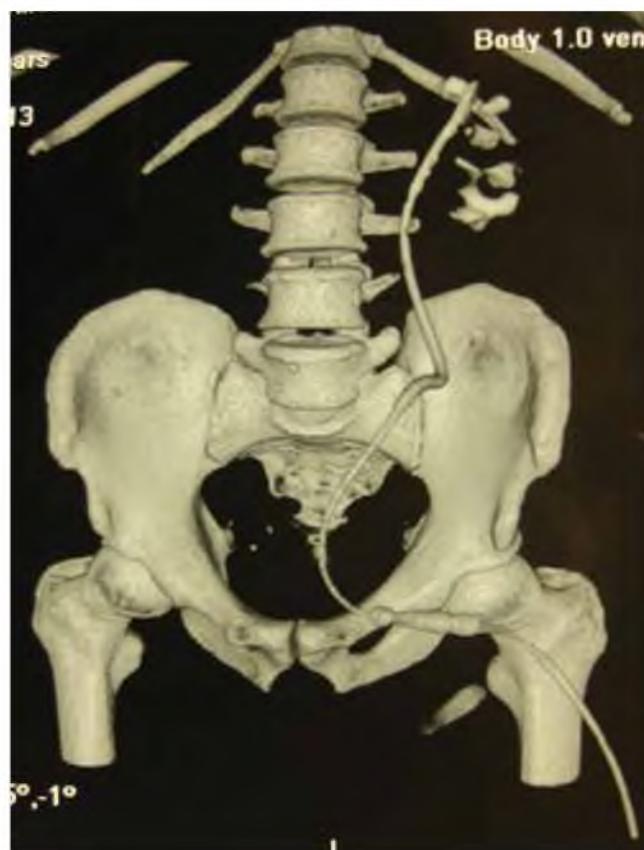


Рис. 3. Мультиспиральная компьютерная томограмма с контрастированием, 3D-моделированием – отсутствие функции правой почки, множественные деструкции паренхимы левой почки

Fig. 3. Multispiral computer tomography with contrast enhancement and 3D simulation - no function of the right kidney, multiple lesion of the left kidney parenchyma



Рис. 4. Уретроскопия. Замещение стенок уретры фиброзной тканью, структура уретры

Fig. 4. Urethroscopy. Urethra walls are replaced with fibrosis, urethral stricture

Заключение

Данный пример демонстрирует отсутствие настороженности в отношении туберкулеза у врачей урологов общего звена, несмотря на то что в 2007 г. XI съезд урологов России рекомендовал любое воспаление органов мочеполовой системы рассматривать как потенциально туберкулезное, а также избегать при назначении эмпирической терапии антибиотиков, ингибирующих рост *M. tuberculosis* и маскирующих течение мочеполового туберкулеза. У пациента К. ни разу не провели гистологическое и бактериологическое исследование операционного материала после вскрытия абсцессов мошонки, хотя известно, что острый орхоэпидидимит с абсцедированием при наличии пиелонефрита почти всегда свидетельствует о туберкулезной природе воспаления [2]. Прогрессирующее уменьшение емкости мочевого пузыря у больного хроническим циститом, пиелонефритом также должно было насторожить врачей в отношении туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубань О. Н., Волков А. А., Сущий Е. А. Хирургический туберкулез мочевых и мужских половых органов // Пробл. туб. – 2008. – № 12. – С. 57-60.
2. Кульчавеня Е. В., Краснов В. А. Избранные вопросы фтизиоурологии. – Новосибирск: Наука, 2010. – 142 с., [0,25] л. вкл.

REFERENCES

1. Zuban O.N., Volkov A.A., Suschiy E.A. Surgical tuberculosis of urinary and male genital organs. Probl. Tub., 2008, no. 12, pp. 57-60. (In Russ.)
2. Kulchavenna E.V., Krasnov V.A. Izbrannye voprosy ftiziourologii. [Selected issues of phthisio-urology]. Novosibirsk, Nauka Publ., 2010, – 142 c., [0,25] л. вкл.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России,
630040, г. Новосибирск, ул. Охотская, д. 81а.
Тел./факс: 8 (383) 203-79-89, 8 (383) 203-86-75.

Шевченко Сергей Юрьевич
научный сотрудник.
E-mail: Shevchenko_S@list.ru

Кульчавеня Екатерина Валерьевна
доктор медицинских наук, профессор,
главный научный сотрудник.
E-mail: urotub@yandex.ru

Холтобин Денис Петрович
кандидат медицинских наук,
врач-уролог урогенитальной клиники.
E-mail: urotub@yandex.ru

Хомяков Виктор Тимофеевич
кандидат медицинских наук,
заведующий урогенитальной клиникой.
E-mail: urotub@yandex.ru

Брижатюк Елена Владимировна
кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник,
врач-уролог урогенитальной клиники.
E-mail: urotub@yandex.ru

FOR CORRESPONDENCE:

Novosibirsk Tuberculosis Research Institute,
81a, Okhotskaya St., Novosibirsk, 630040
Phone/Fax: +7 (383) 203-79-89; +7 (383) 203-86-75.

Sergey Yu. Shevchenko
Researcher.
E-mail: Shevchenko_S@list.ru

Ekaterina V. Kulchavanya
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Senior Researcher.
E-mail: urotub@yandex.ru

Denis P. Kholtobin
Candidate of Medical Sciences,
Urologist of Urological Clinic.
E-mail: urotub@yandex.ru

Viktor T. Khomyakov
Candidate of Medical Sciences,
Head of Urogenital Clinic.
E-mail: urotub@yandex.ru

Elena V. Brizhatyuk
Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher,
Urologist of Urogenital Clinic.
E-mail: urotub@yandex.ru

Поступила 29.06.2016

Submitted on 29.06.2016