Туберкулёз почек

Осипенко Н.А. 601 группа

Туберкулёз почек (нефротуберкулез) - инфекционновоспалительное заболевание паренхимы почек, вызванное М. tuberculosis или М. bovis.



Первые клинические проявления туберкулёза почек в 2/3 случаев возникает через 5 лет после инфицирования МБТ, а в 1/3 случаев - через 15 лет.

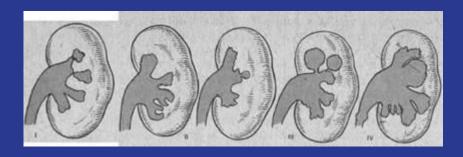
Основной путь проникновения инфекции в почки - гематогенный и редко- контактный переход инфекции с соседних органов.

Патогенез:

Микобактерии, проходя с кровью через сосуды почки, проникают через сосудистую стенку в паренхиму и оседают в периглобулярной области. Развивается гранулема с участком кавернозного некроза в центре, окружённым валом эпителиоидных, лимфоидных клеток и клеток Пирогова-Ланхганса. В случае расстройств гемо- и уродинамики почек, а так же нарушений в иммунной системе туберкулёзный процесс активизируется и распространяется и на мозговое вещество

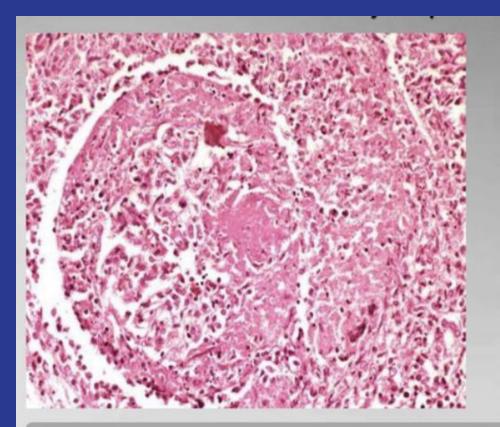
Классификация:

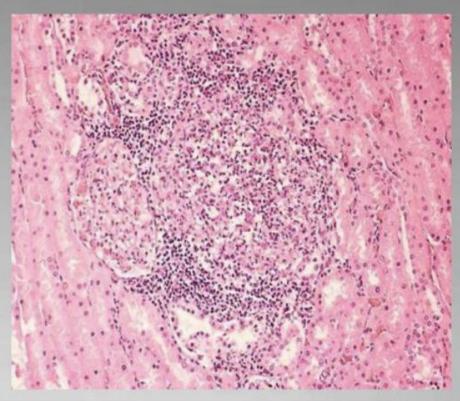
- I- Туберкулёз паренхимы почек (бездеструктивная форма)
- II Туберкулёзный папиллит (ограниченно-деструктивная форма)
- III Кавернозный туберкулез почек (моно- и поликавернозный, деструктивная форма)
- IV- Туберкулезный пионефроз
- V- Посттуберкулезные изменения



Туберкулез паренхимы почек

-минимальная, начальная бездеструктивная форма нефротуберкулеза, когда возможно не только клиническое, но и анатомическое излечение. При туберкулезе паренхимы почек на урограммах строение чашечно-лоханочной системы обычное, деструкция не определяется. В анализах мочи у детей патологических изменений может не быть, хотя у взрослых, как правило, обнаруживают умеренную лейкоцитурию. Обязательна бактериологическая верификация туберкулеза паренхимы почек.





Очаг специфического туберкулезного воспаления

Туберкулезный папиллит

-ограниченно-деструктивная форма при которой патологический процесс распространяется на сосочки, может быть одно- и двусторонним, единичным и множественным. Микобактериурию удается зафиксировать не всегда, осложняется, как правило, туберкулезом мочевыводящих путей. Подлежит консервативному излечению; при неадекватной этиопатогенетической терапии возможно формирование стриктуры мочеточника, что требует оперативной коррекции.

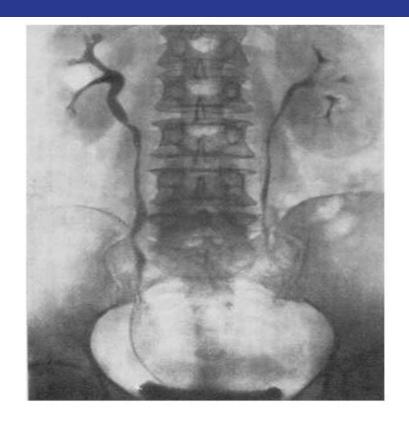


Рис. б. Экскреторная урограмма. Туберкулезный папиллит верхней чашечки правой почки.

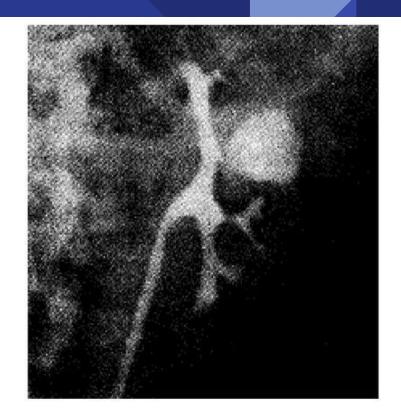


Рис.7. Экскреторная урограмма правой почки. Туберкулезный папиллит.

Кавернозный туберкулез почки

- (деструктивная форма) - патогенетически развивается двумя путями – из туберкулеза паренхимы или из папиллита. В первом случае формируется субкортикальная каверна, не сообщающаяся с чашечно- лоханочной системой. Во втором случае формирование каверны идет за счет распространения деструкции сосочка. Кавернозный нефротуберкулез может быть одно- и двусторонним

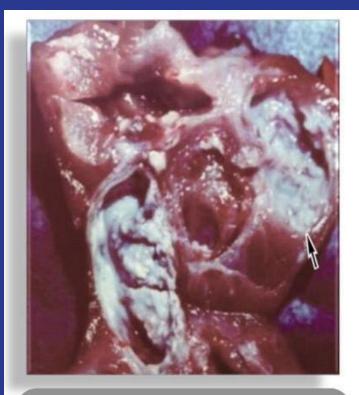


Рис.8. Операционный препарат верхнего сегмента правой почки на разрезе при кавернозном туберкулезе почки: видны крупные каверны (указаны стрелкой), заполненные казеозно-гнойными массами.



Рис.9. Каверна в среднем сегменте левой почки

Кавернозный туберкулез почки

Осложнения развиваются более чем у половины больных. Как правило, кавернозный нефротуберкулез требует хирургического лечения. Полного излечения добиться невозможно, хотя применение методик комплексной этиопатогенетической терапии позволяет в некоторых случаях трансформировать каверну почки в санированную кисту.

Поликавернозный туберкулез почки

(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; вероятно наличие туберкулезного очага в контрлатеральной почке.

Лечение - нефрэктомия.





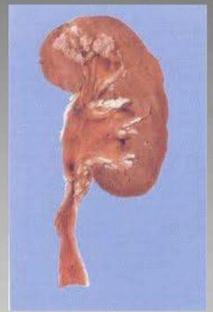




Рис.12.Поликавернозный нефротуберкулез.

Клиника:

Часто туберкулёз почек течёт бессимптомно, когда единственным проявлением болезни являются упорные микропатологические изменения в моче и обнаружение МБТ.

При деструктивном туберкулёзе почек выражен интоксикационный синдром, субфебрильные и фебрильные подъемы температуры тела, боли в пояснице, почечная колика, упорная лейкоцитурия часто в сочетании с эритроцитурией, дизурические явления, свидетельствующие о вовлечении в процесс мочеточников и мочевого пузыря. Часто наблюдается сочетание туберкулеза почек с хроническим неспецифическим пиелонефритом.

Диагностика:

- -данные о контактах с туберкулезными больными
- -положительные туберкулиновые пробы -перенесённый ранее или имеющийся в настоящее время туберкулёзный процесс любой локализации при длительном, упорном, малосимптомном течении урологического заболевания.

Иммунодиагностические методы:

Проведение серологической диагностики позволяет обнаружить антитела к туберкулёзу

- -тест-пот
- -квантифироновый тест

Микробиологические методы:

- -бактериоскопия мочи
- -бактериологический посев мочи (позволяет выявление микобактериурии)

Инструментальная диагностика:

-рентгенограмма: (экскреторная урография, уретрография)можно выявить очаги обызвествления в паренхиме почек, мезетериальных лимфатических узлах, в надпочечниках.



Puc. 10.1. Экскреторная урограмма. Обызвествленная каверна левой почки (стрелка)

КТ применяют в сложных для дифференциальной диагностики случаях паренхиматозных заболеваний почки, прежде всего при подозрении на опухоль

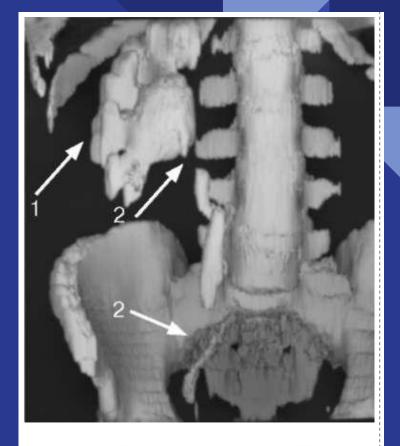


Рис. 10.4. Мультиспиральная КТ с контрастированием. Туберкулез единственной правой почки и мочеточника: определяется деструкция чашечно-лоханочной системы (1) и множественные стриктуры мочеточника (2)

Лечение:

Режимы химиотерапии больных туберкулезом

Режим	Фазы	
	Интенсивной терапии	Продолжения терапии
I	2-3 H R/Rb ¹ Z E ²	4 ³ H R/4 H R E ² 5 ⁴ H R E ² 6 ⁵ H R/Rb E ² [Z]
п	3Am[Cm]R/Rb'Z Lfx [E ²] [Pto/Eto]	6 R Z Lfx [E²] [Pto/Eto] 9 ⁵ R/Rb¹ Z Lfx [E²l [Pto/Eto]
ш	2-3 H R/Rb ¹ Z E ²	4 ² H R 5 ³ H R E ² 6 ⁵ H R/Rb ¹ E [Z]
IV	8 Cm Lfx Z Cs/Trd Pto/Eto PAS [Am] [E ²] [Bq]	2-18 Lfx Z Cs/Trd Pto/Eto PAS [E ²]
v	8 Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Bq Lzd [E ²] [Pto/Eto] [Amx Imp Mp]	2-18 Mfx [Lfx] Z Cs/Trd PAS [Lzd] [E ²] [Pto/Eto] [Amx Imp Mp]

Хирургическое лечение:

-кавернозный туберкулёз почек - кавернэктомия, оптимально — лапароскопическим доступом.

-поликавернозный туберкулёз почек нефрэктомия, оптимально лапароскопическим доступом