

Урогенитальный туберкулез

Выполнил: Дуйсенов И.
Проверил: Аубакиров А.
Курс: 4
Факультет: ОМ
Группа: 59/1

Исторические аспекты

- Более 7000 тыс. лет
- Широкое распространение среди египтян 1000 лет до н.э.
- 375 г. до н.э. Гиппократ «фтизис» - затяжное заболевание, активизирующееся в зимнее время
- 180 г. н.э. Гален – предложил методы лечения (использовались более 1500 лет)

Исторические аспекты

- 1700-е эпидемии в Европе. В Англии $\frac{1}{4}$ причин смерти
- 1879, Cohnheim – элиминационная теория (туберкулезные бактерии из крови элиминируются в мочу)
- 1882, R. Koch открыл возбудителя туберкулеза
- 1885, Nocard изолировал возбудителя птичьего туберкулеза
- Ehrlich в 1882 – выявил кислотоустойчивость микобактерий

Эпидемиология

- 1/3 жителей планеты инфицирована *Mycobacterium tuberculosis*
- Ежегодный прирост 8-10 млн. случаев
- Туберкулез – наиболее частая инфекция среди больных СПИД
- У 8-13% пациентов, перенесших легочной туберкулез развивается урогенитальная форма.

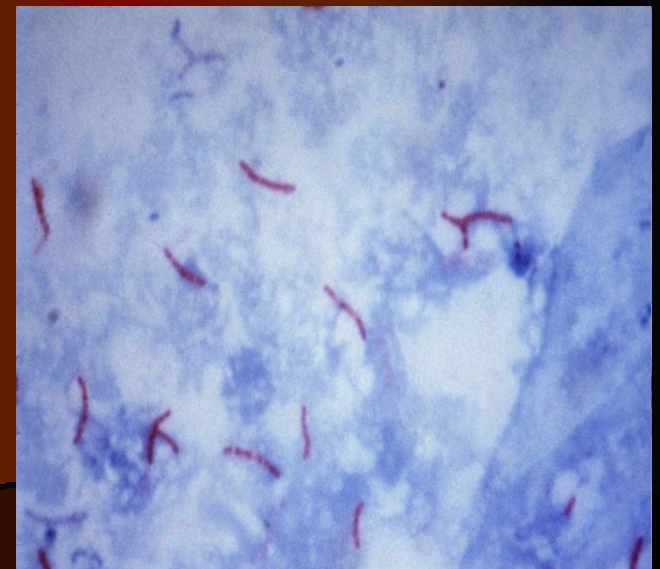
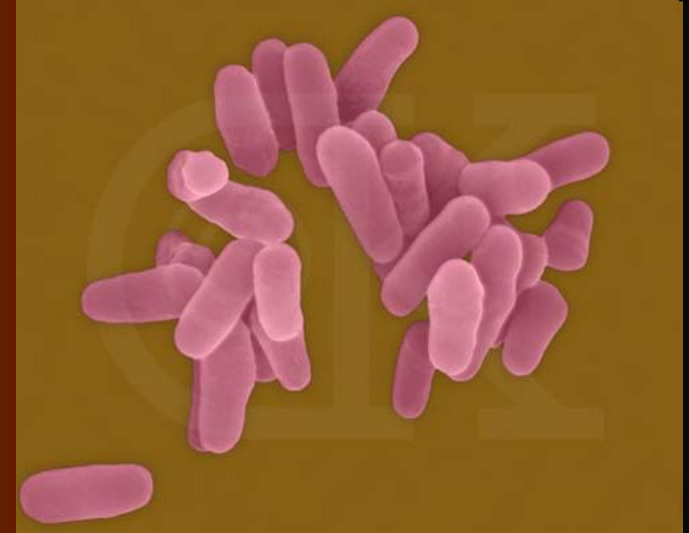
Патогенез

- Микобактерия □ Т-лимфоциты □ Макрофаги (трансформация в клетки Пирогова-Лангханса) □ фагоцитоз, TGF beta, TNF alpha.
- Легочной туберкулез □ лимфо-, гематогенная диссеминация □ ГЗТ, торможение развития патогена □ ослабление организма, снижение местного иммунитета □ инфекция

Микробиология

- *M. tuberculosis*,
- *M. bovis*,
- *Mycobacterium microti*
- *Mycobacterium africanum*

Человек является
естественным резервуаром



Микробиология

- Облигатный медленно растущий аэроб (время удвоения 15-20 часов)
- Бактериоскопия (чувствительность -22-81%)
- ПЦР – до 95% чувствительности

Кого обследовать?

- Хронический цистит, плохо поддающийся лечению
- Макро-, микрогематурия
- Увеличенная бугристая предстательная железа у молодых мужчин
- Безболезненный придаток яичка с утолщенным или четкообразным семенным канатиком
- Свищ мошонки
- Асептическая пиурия

● Клиника

- Общая слабость
- Повышенная утомляемость
- Ночные профузные потоотделения
- Длительный беспричинный субфебрилитет
- Дизурия (туберкулез мочевого пузыря)

Диагностика

- Физикальное обследование
пальпация
- Лабораторные методы исследования
общ. ан. крови
биохимический ан. крови
общ. ан. мочи
- Методы выявления возбудителя
 - бактериоскопическое исследование (3-5 раз)
 - бактериологическое исследование
 - биологический метод
 - ПЦР
 - туберкулиновая проба

Диагностика

- Эндоскопическая диагностика
 - уретроцистоскопия
 - уретероскопия
- УЗИ
- Рентгенологические методы
 - Обзорная урография
 - Экскреторная урография
 - Ретроградная уретеропиелография
 - Ангиография
 - Цистография (ретроградная, микционная)
- КТ
- МРТ

Рентгенологические признаки

Обзорная урограмма

- тени кальцификатов почек
- увеличение тени почек
- исчезновение контуров m. psoas
- тени конкрементов
- тени кальцификатов мочеточников

Экскреторная урограмма

- «изъеденные молью» чашки
- ампутация чашек
- гидрокаликоз
- каверна, соединенная с ЧЛС
- стриктуры мочеточника
- выпрямление мочеточника

Дифференциальная диагностика

- Хронический цистит
- Интерстициальный цистит
- Опухоли мочевой системы
- Мочекаменная болезнь
- Грибковое поражение мочевой системы
- Папиллярный некроз
- Шистосомоз

Лечение

- 1-я линия
изониазид
рифампицин
этамбутол
стрептомицин
пиразинамид

- 2-я линия
ПАСК
цикloserин
капреомицин
виомицин
этионамид

фторхинолоны

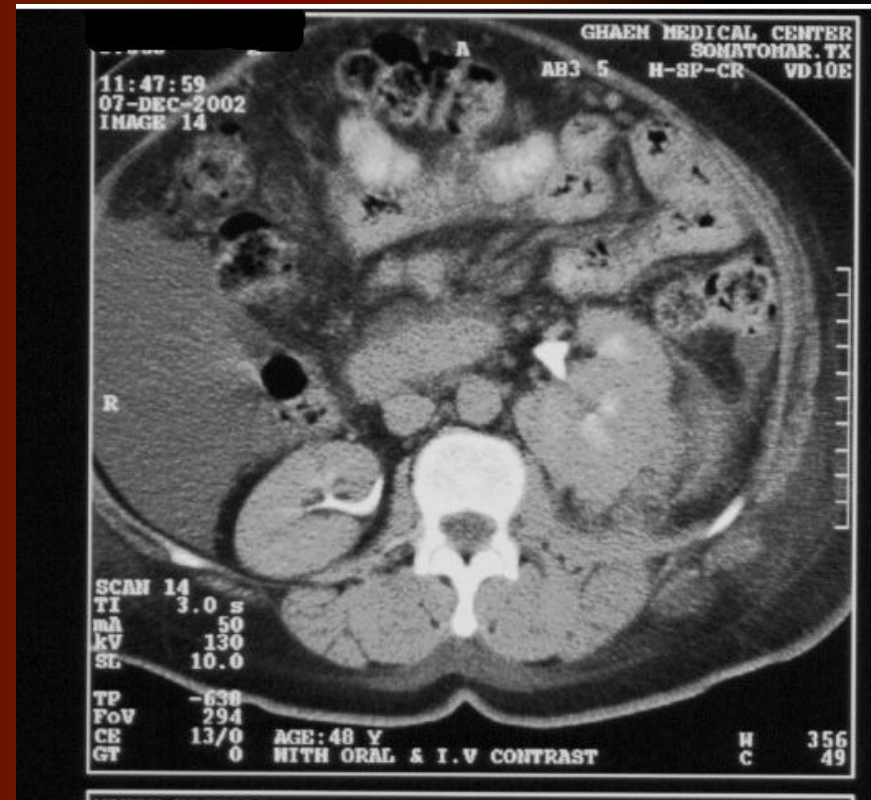
Лечение (EAU)

- 2-3 месяца
3 препарата 1-й линии (ежедневно)
- затем 3 месяца
2 препарата 1 линии (2-3 р/нед)

При необходимости (противопоказания, устойчивость) – замена на препараты 2-й линии

Оперативное лечение

- Туберкулез почек
нефрэктомия
резекция почки
 - Гнойный паранефрит
вскрытие паранефрита



Оперативное лечение

- Туберкулез мочеточника
 - эндоскопическое рассечение стриктуры, стентирование
 - уретероцистонеостомия
- Туберкулез мочевого пузыря
 - фульгурация язв мочевого пузыря
- микроцист
 - аугментационная пластика мочевого пузыря

Оперативное лечение

- Туберкулез предстательной железы
абсцесс простаты
-вскрытие абсцесса (трансректальное,
трансуретральное)