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, активирующееся в зимнее время
- 180 г. н.э. Гален предложил методы лечения (использовались более 1500 лет)

Исторические аспекты

- 1700-е эпидемии в Европе. В Англии ¼ причин смерти
- 1879, Cohnheim элиминационная теория (туберкулезные бациллы 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.

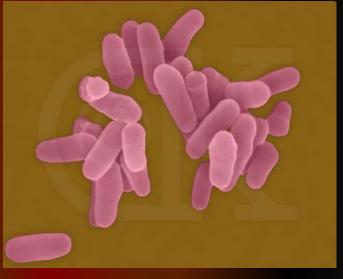
Патогенез

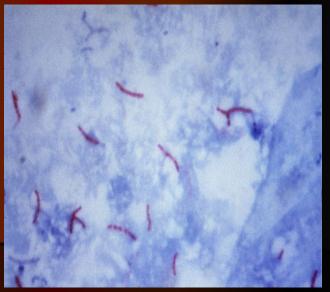
- Микобактерия □ Т-лимфоциты □
 Макрофаги (трансформация в клетки
 Пирогова-Лангханса) □ фагоцитоз, TGF
 betta, TNF alpha.
- Легочной туберкулез □ лимфо-, гематогенная диссеминация □ ГЗТ, торможение развития патогена □ ослабление организма, снижение местного иммунитета □ инфекция

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
- MPT

Рентгенологические признаки

Обзорная урограма

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

Экскреторная урограмма

- «изъеденные молью» чашки
- ампутация чашек
- гидрокаликоз
- каверна, соед. 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 циклосерин капреомицин виомицин этионамид

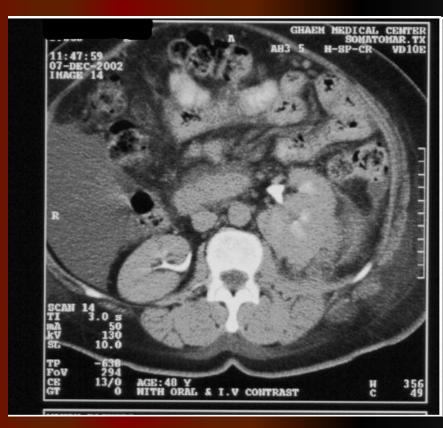
фторхинолоны

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 паранефрита 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)