

УДК 616.24+616.61/.63]:616-002.5
DOI: 10.24411/2312-2935-2019-10001

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

А.М. Будрицкий, Н.В. Василенко, И.В. Кучко

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Несмотря на постепенное снижение заболеваемости туберкулезом в Республике Беларусь, достигнутое в настоящее время, диагностика внелегочных форм туберкулеза по-прежнему остается актуальным вопросом фтизиатрии.

Целью исследования настоящей работы явилось выявление особенностей диагностики случая казеозной пневмонии в сочетании с двусторонним кавернозным туберкулезом почек, мочеточников, мочевого пузыря.

Материалы и методы исследования: изучена и проанализирована карта стационарного пациента с установленным диагнозом туберкулеза легких и мочевого системы. Пациент был обследован амбулаторно и стационарно с выполнением всех методов клинического и лабораторно-инструментального обследования. После верификации диагноза туберкулеза пациенту была проведена противотуберкулезная терапия.

Результаты исследования и их обсуждение. В данной работе проведен анализ клинического случая сочетанного туберкулеза легких и мочевого системы. Приведенные данные клинического, лабораторного, рентгенологического и бактериологического обследования пациента с данной патологией. В работе обращено внимание на трудности диагностики нефротуберкулеза и его дифференциальной диагностики с неспецифическими поражениями мочевого системы. Клиническая картина туберкулеза мочевого системы сходна с симптоматикой неспецифического инфекционного процесса в почках и мочевыделительных путях, что в совокупности с малосимптомностью туберкулёзного воспаления приводит к трудностям в постановке диагноза. Основное значение в верификации диагноза имеет обнаружение достоверных признаков туберкулеза – гистологическое обнаружение туберкулезной гранулемы и/или выявление возбудителя туберкулеза в исследуемом материале.

Заключение. Клиническая картина туберкулеза мочевого системы сходна с симптоматикой неспецифического инфекционного процесса в почках и мочевыделительных путях, что в совокупности с малосимптомностью туберкулёзного воспаления приводит к трудностям в постановке диагноза. Общеклинические анализы, динамическая сцинтиграфия почек и мультиспиральная КТ органов брюшной полости позволяют выявить неспецифические нарушения функции и структуры почек, но не являются достоверными данными туберкулёзного поражения. Для верификации диагноза бесспорное значение имеет обнаружение достоверных признаков туберкулеза – гистологическое обнаружение туберкулезной гранулемы и/или выявление возбудителя туберкулеза в исследуемом материале.

Ключевые слова: нефротуберкулез, казеозная пневмония, туберкулез легких, туберкулез мочевого системы.

PECULIARITIES OF DIAGNOSIS OF ASSOCIATED TUBERCULOSIS OF THE LUNGS AND THE URINARY SYSTEM ON THE EXAMPLE OF A CLINICAL CASE

Budritsky A.M., Vasilenko N.V., Kuchko I.V.

EE "Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University", Vitebsk, Belarus

Despite the gradual decrease in the incidence of tuberculosis in the Republic of Belarus, achieved at the present time, the diagnosis of extrapulmonary forms of tuberculosis is still an important issue of Phthisiology.

The aim of this study was to identify the features of diagnosis of the case of caseous pneumonia in combination with bilateral cavernous tuberculosis of the kidneys, ureters, bladder.

Materials and methods: the map of a stationary patient with an established diagnosis of pulmonary tuberculosis and urinary system was studied and analyzed. The patient was examined out-patient and in-patient with the implementation of all methods of clinical and laboratory-instrumental examination. After verification of the diagnosis of tuberculosis, the patient was given anti-tuberculosis therapy.

The results of the study and their discussion. In this paper, an analysis of the clinical case of combined pulmonary tuberculosis and urinary system. The given data of clinical, laboratory, radiological and bacteriological examination of the patient with this pathology. The paper draws attention to the difficulties of diagnosis of nephrotuberculosis and its differential diagnosis with nonspecific lesions of the urinary system. The clinical picture of tuberculosis of the urinary system is similar to the symptoms of nonspecific infectious process in the kidneys and urinary tract, which together with the low symptoms of tuberculosis inflammation leads to difficulties in diagnosis. The main importance in the verification of the diagnosis is the detection of reliable signs of tuberculosis – histological detection of tuberculosis granuloma and/or detection of the causative agent of tuberculosis in the test material.

Conclusion. The clinical picture of tuberculosis of the urinary system is similar to the symptoms of nonspecific infectious process in the kidneys and urinary tract, which together with the low symptoms of tuberculosis inflammation leads to difficulties in diagnosis. General clinical tests, dynamic renal scintigraphy and multislice CT of the abdomen help to identify nonspecific disorders of function and structure of the kidneys, but reliable data are not tuberculous lesions. To verify the diagnosis, the detection of reliable signs of tuberculosis – histological detection of tuberculosis granuloma and/or detection of the causative agent of tuberculosis in the test material-is of indisputable importance.

Key words: nephrotuberculosis, caseous pneumonia, pulmonary tuberculosis, tuberculosis of the urinary system.

Актуальность проблемы. Несмотря на постепенное снижение заболеваемости туберкулезом в Республике Беларусь, достигнутое в настоящее время, диагностика внелегочных форм туберкулеза по-прежнему остается актуальным вопросом фтизиатрии. По литературным данным, туберкулез мочевой системы может составлять до 40 % всех внелёгочных форм заболевания и, наряду с туберкулезом периферических лимфоузлов и костно-суставной

системы, занимает одно из ведущих мест. В 2016 г., по данным Скрыгиной Е.М. и соавт., туберкулез мочевой системы в Республике Беларусь был выявлен у 13 человек, при этом 23 % пациентов имели инвалидность, что свидетельствует о тяжести заболевания данной локализации [1]. Частота заболевания нефротуберкулезом у женщин и мужчин примерно одинакова. По причине отсутствия патогномичных симптомов, ввиду наличия стертой клинической симптоматики диагностика нефротуберкулеза и мочевых путей затруднена. Несмотря на некоторые особенности, клиническая картина нефротуберкулеза и мочевых путей имеет много общего с симптоматикой неспецифического пиелита, пиелонефрита, цистита, что в совокупности с малосимптомностью туберкулёзного воспаления приводит к немалым трудностям в распознавании заболевания [2].

Целью исследования настоящей работы явилось выявление особенностей диагностики случая казеозной пневмонии в сочетании с двусторонним кавернозным туберкулезом почек, мочеточников, мочевого пузыря.

Материалы и методы исследования: изучена и проанализирована карта стационарного пациента с установленным диагнозом туберкулеза легких и мочевой системы. Пациент был обследован амбулаторно и стационарно с выполнением всех методов клинического и лабораторно-инструментального обследования. После верификации диагноза туберкулёза пациенту была проведена противотуберкулезная терапия.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациент Ж., 1973 г.р., сельский житель, не работает. Впервые изменения в лёгких выявлены в 2008 году, тогда же выставлен диагноз: Инфильтративный туберкулёз S1-S2 правого легкого, МБТ+ (плюс). Контакт с пациентами с туберкулёзом лёгких отрицает. Находился на лечении в УЗ «Богушевская областная туберкулезная больница», в интенсивной фазе принял 83 суточные дозы противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС), самовольно покинул стационар, убыл в Россию. С 20.07.10 наблюдался по III «А» группе диспансерного учёта (ДУ). Рентгенограмма органов грудной клетки (Rtg ОГК) от 05.11.14 – справа в S2 фиброз. При очередном флюорографическом обследовании передвижным флюорографом в мае 2015 года выявлена отрицательная динамика: слева по всему легкому на фоне усиленного легочного рисунка множественные сливные очаги, мелкие участки деструкции. Справа в верхней доле – очаги. В связи с этим назначен мониторинг мокроты: 22.05.15 обнаружены кислото-устойчивые бактерии (КУБ) – 2 на 100 полей зрения. Молекулярно-генетическим методом GeneXpert от 22.05.15 – обнаружены МБТ, чувствительность к рифампицину сохранена. Госпитализирован в легочное отделение УЗ

«Витебский областной клинический противотуберкулезный диспансер» 25.05.15 с диагнозом: Казеозная пневмония левого легкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ+ (плюс).

На момент поступления предъявлял жалобы на кашель с мокротой слизистого характера, одышку в покое, повышение температуры тела до 39°C, профузные поты, общую слабость, похудение более чем на 10 кг в течение 3 месяцев, частое болезненное мочеиспускание.

При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки от 05.08.15 по всему легочному полю слева выявлены множественные сливные фокусы инфильтрации малой интенсивности, с нечёткими контурами, неомогенной структуры с участками деструкции. Справа в верхней доле – очаговые тени различных размеров, малой интенсивности, с нечёткими контурами (рисунок 1).

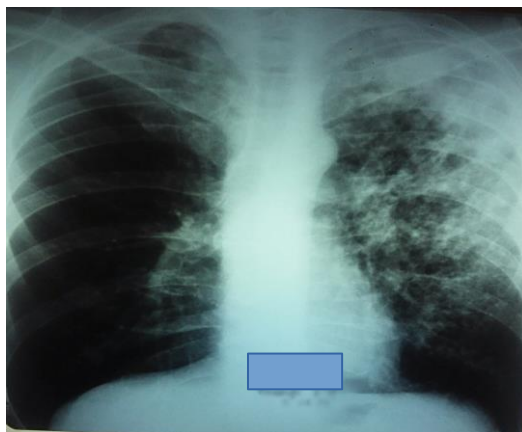


Рисунок 1. Рентгенограмма ОГК от 05.08.2015 года.

В дальнейшем рентгенологически 15.10.15 слева на протяжении всего легочного поля определялось усиление и ячеистая деформация легочного рисунка, сливного характера инфильтрация в верхней доле, в средней доле и нижней доле – очаги. В S1 правого легкого определялись очаги малой интенсивности. Корни структурны, левый корень реактивен.

Бактериоскопически в мокроте от 26, 27, 28.05.15 обнаружены КУБ – 1 на 100 полей зрения; от 02, 06.07.15; 28, 29.07.15; 24, 25.08.15; 21, 22.09.15; 25, 28.09.15; 15, 16.10.15 – КУБ не обнаружены. Посевы мокроты на плотные питательные среды от 26, 27, 28.05.15 – получен рост 30 колоний микобактерий туберкулеза (МБТ), 50 колоний МБТ; 15 колоний МБТ соответственно. По результатам типирования лекарственная устойчивость возбудителя сохранена ко всем противотуберкулезным лекарственными препаратами. В посевах мокроты на плотные питательные среды от 02, 06.07.15; 28, 29.07.15; 24, 25.08.15; 21, 22.09.15; 25, 28.09.15; 15, 16.10.15 – рост колоний МБТ не получен. При исследовании мокроты методом

«ВАСТЕС» от 26, 27.05.15 – культура МБТ выделена. Посевы мочи методом «ВАСТЕС» от 21,22.10.15 – культура МБТ не выделена. Диаскинтест от 29.05.15 – отрицательный.

В связи с ухудшением состояния пациента (боль при мочеиспускании, моча цвета «мясных помоев») была выполнена динамическая сцинтиграфия почек 18.09.15. Заключение: сцинтиграфические признаки гидронефротической трансформации правой почки с отсутствием функции. Выраженное нарушение секреторно-эксcretорной функции левой почки. По заключению мультиспиральной компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости от 22.09.15: КТ-картина сансет правого лоханочно-мочеточникового соустья. Вторичный гидронефроз правой почки.

07.10.15 была выполнена нефруретерэктомия справа. Макропрепарат направлен на патогистологическое исследование. Результаты: 1) материал представлен тканью почки с наличием диффузной лимфоцитарной инфильтрацией, наличием единичных очагов казеозного некроза и многоядерных клеток по типу Пирогова-Ланхганса. 2) материал представлен соединительной тканью с наличием мелких очагов казеозного некроза с наличием лимфоцитарной инфильтрацией по периферии и единичными клетками Пирогова-Ланхганса.

Пациент получал изониазид 0,3; рифампицин 0,6; этамбутол 1,6; пиразинамид 2,0 – принято 120 суточных доз в интенсивной фазе. 21.09.15 переведен на фазу продолжения тремя противотуберкулезными лекарственными средствами (изониазид 0,3; рифампицин 0,6; этамбутол 1,6) до 240 доз общим курсом.

Заключительный диагноз: Казеозная пневмония левого лёгкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ+(плюс). Двусторонний кавернозный туберкулёз почек с выключением функции правой почки, туберкулёз мочеточников, мочевого пузыря. Состояние после нефруретрэктомии справа от 07.10.15.

Заключение. Клиническая картина туберкулеза мочевой системы сходна с симптоматикой неспецифического инфекционного процесса в почках и мочевыделительных путях, что в совокупности с малосимптомностью туберкулёзного воспаления приводит к трудностям в постановке диагноза. Общеклинические анализы, динамическая сцинтиграфия почек и мультиспиральная КТ органов брюшной полости позволяют выявить неспецифические нарушения функции и структуры почек, но не являются достоверными данными туберкулёзного поражения. Для верификации диагноза бесспорное значение имеет обнаружение достоверных признаков туберкулеза – гистологическое обнаружение туберкулёзной гранулемы и/или выявление возбудителя туберкулеза в исследуемом материале.

Список литературы

1. Скрягина Е.М., Солонко И.И., Гуревич Г.Л., Дюсьмикеева М.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика пациентов с внелегочным туберкулезом. Новые подходы к диагностике и лечению туберкулеза: материалы междунар. науч.-практ. конф. (Минск, 11-12 дек. 2017г.). Минск. 2017; 214-217.
2. Наурзбекова Н.Р. Туберкулёз почек и мочевых путей. Клиническая медицина Казахстана. 2012; 1. URL ://www.cyberleninka.ru/article/n/tuberkulez-pochek-i-mochevyh-putej (дата обращения: 21.10.17).

References

1. Skryagina E.M., Solonko I.I., Gurevich G.L., Dyus`mikeeva M.I. Kliniko-epidemiologicheskaya karakteristika pacientov s vnele-gochny`m tuberkulezom [Clinical and epidemiological characteristics of patients with Vale-Jonker TB]. Novy`e podhody` k diagnostike i lecheniyu tuberkuleza: materialy` mezhdunar. nauch.-prakt. konf. (Minsk, 11-12 dek. 2017g.) [New approaches to diagnosis and treatment of tuberculosis: proceedings of the international. science.-prakt. Conf. (Minsk, Dec 11-12. 2017).]. Minsk. 2017; 214-217. (In Russian).
2. Naurzbekova, N.R. Tuberkulyoz pochek i mochevy`x putej [Tuberculosis of the kidney and urinary tract]. Kliniche-skaya medicina Kazaxstana [Clinical medicine of Kazakhstan]. 2012; 1. URL ://www.cyberleninka.ru/article/n/tuberkulez-pochek-i-mochevyh-putej (data obrashheniya: 21.10.17). (In Russian).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Будрицкий Александр Михайлович – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», 210027, Республика Беларусь, г. Витебск, пр-т Фрунзе, д. 27.

e-mail: Alexandrbudr@rambler.ru

Василенко Наталья Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры фтизиопульмонологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». 210027, Республика Беларусь, г. Витебск, пр-т Фрунзе, д. 27.

e-mail: tbvgmu_nv@tut.by

Кучко Ирина Валерьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры фтизиопульмонологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». 210027, Республика Беларусь, г. Витебск, пр-т Фрунзе, д. 27.
e-mail: i.v._kuchko@mail.ru

Information about authors

Budnicki Aleksandr M. – candidate of medical Sciences, associate Professor, head of Department Phthisiopneumology UO "Vitebsk state order of peoples 'Friendship medical University", 210027, Belarus, Vitebsk, Frunze Avenue, 27, e-mail: Alexcandrbudr@rambler.ru

Vasilenko Natalia V. - candidate of medical Sciences, associate Professor of Phthisiopulmonology UO "Vitebsk state order of peoples 'Friendship medical University", 210027, Belarus, Vitebsk, Frunze Avenue, 27, e-mail: tbvgmu_nv@tut.by

Kuchko Irina V. -candidate of medical Sciences, associate Professor of Phthisiopulmonology UO "Vitebsk state order of peoples 'Friendship medical University", 210027, Belarus, Vitebsk, Frunze Avenue, 27, e-mail: i.v._kuchko@mail.ru

Статья получена: 10.02.2019 г.
Принята к публикации: 20.03.2019 г.