

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ им. И.К. АХУНБАЕВА
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КЫРГЫЗСКО–РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им Б.Н. ЕЛЬЦИНА**

Диссертационный совет Д. 14.18.568

На правах рукописи

УДК 616.6-002.5-07-08 (575.2)

МУКАНБАЕВ КАСЫМБЕК

**МОЧЕПОЛОВОЙ ТУБЕРКУЛЕЗ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
(ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)**

14.01.23 – урология

14.01.16 – фтизиатрия

**Автореферат
диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Бишкек – 2018

Работа выполнена в Национальном центре фтизиатрии и на кафедре урологии и андрологии им. М.Т. Тыналиева Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Научные консультанты: доктор медицинских наук, профессор
Усупбаев Акылбек Чолпонкулович

доктор медицинских наук
Кадыров Абдуллаат Саматович

Официальные оппоненты: д.м.н. профессор Хусаинов Тамерлан
Эркенович

д.м.н. профессор Макажанов Марат
Абжалович

д.м.н. профессор Белова Елена Сергеевна

Ведущие организации: Республиканский специализированный
научный центр урологии министерства здра-
воохранения Республики Узбекистан.

Национальный научный центр
Фтизиопульмонологии министерства
здравоохранения Республика Казахстан.

Защита состоится «___» _____ 2018 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д. 14.18.568. при Кыргызской Государственной Медицинской Академии и Кыргызско-Российском Славянском Университете в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720040, г. Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. И.К. Ахунбаева, 92) и в библиотеке Кыргызско-Российской Славянском университете им. Б.Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44). Электронный адрес: <http://www.kgma.kg>

Автореферат разослан «___» _____ 2018 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Оскон уулу Айбек

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Несмотря на значительные успехи в области фтизиатрии, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в различных странах остается очень серьезной проблемой. Во всем мире ситуация оценивается как ухудшающаяся, а причины остаются прежними – это социально-экономическая нестабильность общества, рост миграции населения, увеличение числа больных с туберкулезом, инфицированных ВИЧ и др. Так, только в 22 странах Западной Европы заболеваемость населения туберкулезом составляет менее 20 на 100 000, в 14 странах - от 20 до 49, в некоторых странах Восточной Европы, в России, странах СНГ и др. - 50 и более на 100000 населения, а в 1995 году ВОЗ объявил эпидемию туберкулеза на Украине (В.Б. Галкин и соавт., 1999; М.А. Карачунский, 2000; А.А. Картавых 2009; М.А. Хакимов и соавт., 2011; Н.И. Клевно, 2015; М. Yokoyama, 1998; W.M. Jakubowiak et al., 2007; M.G. Madariaga et al., 2007; M. Sek et al., 2005; P. Narasimhan et al., 2013).

Параллельно с ростом легочного туберкулеза отмечается рост и его вне-легочных локализаций (Ю.Н. Левашев, А.Е. Гарбуз, 2001; Е.В. Кульчавеня и В.Т. Хомяков, 2003; S. Lenk 2001; М.Н. Aliyu, 2004) хотя отдельные эпидемиологи считают темп этого роста более сдержанным (D. Yancey, 2008; M. Tanthapich et al., 2010).

Туберкулез мочеполовой системы по мировым данным исследователей, остается одной из наиболее тяжелых форм внелегочного туберкулеза и занимает первое место среди его локализаций (Р.К. Ягафарова 1999; Ф.А. Батыров и соавт., 2005; А.А. Нерсисян, 2006; И.Г. Фелькер и соавт., 2013; Nermal A.K. et al., 1999; N.P. Buchholz et al., 2000; Benchekroun A. et al., 2002; V.K. Dhingra, 2005; E. Kulchavenya, 2015). Хотя в некоторых европейских странах, отмечается уменьшение внелегочного туберкулеза (WHO, 2009; 2013).

Процент своевременной диагностики туберкулеза почек в настоящее время, несмотря на передовые достижения науки, остается небольшим (Ф.А. Батыров, 2004; А.Д. Адамбекова, 2014; А.А. Кусаев и соавт., 2002; О.Н. Зубань и соавт., 2008; Y. Gong, 2003; J.B; M.S. Gibson et al., 2004; L. Altintepe et al., 2005; Eastwood. et al., 2011). Это обусловлено скрытым течением болезни в начальных ее стадиях и отсутствием типичной клинической картины заболевания. Единственным патогномичным признаком туберкулезного поражения почек и мочевыводящих путей является нахождение в моче микобактерий туберкулеза, которое наблюдается в 28-42% случаев (Б.М Ариель, 2000; О. В. Писанин и соавт., 2007; J. Gurski et al, 2008; G.J. Wise, 2009; С. Т. Huang et al., 2010; R.J. Lessells, et al., 2011).

В последние десятилетия диагностика туберкулеза существенно расширилась и обогатилась иммунологическими, генетическими и лучевыми методиками, характеризующимися высоким уровнем информативности и специфично-

сти. Однако, сведения об использовании вышеперечисленных методов во фтизиоурологической практике в современной литературе освещены недостаточно, а приводимые в них данные зачастую противоречивы (Н.А. Браженко, 2013; Е.Б. Вишневская, 2000; М. В. Альбарес Фигероа и соавт., 2013; Nermal A.K. et al., 2000; A.A. Figueiredo et al, 2010; H.L. Hsu et al, 2011; R. Ruy De Souza, 2015).

В лечении больных практически всеми формами туберкулеза, в том числе и мочеполового, несмотря на достижения химиотерапии, продолжают играть существенную роль хирургические методы (В.В. Борщевский, 1999; Р.К. Ягафарова и соавт., 2000; С.П. Ветшев, и соавт. 2000; М.И. Перельман, 2007; Р. Залескис, 2007; О.Н. Зубань и соавт., 2008; А.А. Довлатян, 2008; Nermal A.K., Aron M., 1999; Bucholz N.P. et al., 2000; K. Khader et al., 2001; Benchekroun A. et al., 2002; N. Kamat et al, 2006; S. Lenk, 2011).

В настоящее время в Кыргызской Республике имеются научные работы, затрагивающих вопросы туберкулеза органов дыхания, костно-суставного и других форм туберкулеза внелегочных локализаций в условиях Кыргызской Республики (С.С. Байзакова, 1958; М.И. Китаев, 1966; В.С. Вайсман, 1968; Л.А. Горелкин, 1974; М.А. Мамбетов, 1986; А.Ш. Алишеров, 1995; А.А. Токтогонова, 2001; Е.А. Жданова, 2002; М.Д. Абдиев, 2006; С.В. Федорова, 2008; М.И. Сулайманова, 2013; К.Т. Истамов, 2015). Однако следует отметить, что детального изучения туберкулеза мочеполовых органов в условиях изменившегося социально-экономического положения в республике и внедрения DOTS-стратегии не проводилось вообще.

В целом, сам факт мало изученности проблемы мочеполового туберкулеза в условиях КР, вопросов влияния существующих факторов на частоту заболеваемости, его рецидивов, осложнений, недостаточная разработка тактики лечения и профилактики, учет качества жизни пациентов и в отдаленные сроки с прогнозированием исхода заболевания и явились основанием для выполнения данного исследования с момента организации фтизиоурологической службы.

Связь темы диссертации с крупными научными программами и основными научно-исследовательскими работами проводимыми научными учреждениями. Диссертация выполнена НЦФ в рамках научно-технической программы «Разработка и внедрение новых технологий качественной диагностики и лечения туберкулеза Кыргызской Республике» на 2001-2015гг. Номер государственной регистрации № 0003060, №0005625, № 0007011.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения и качества жизни больных мочеполовым туберкулезом на основе выявления и изучения особенностей эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения в условиях КР.

Задачи исследования.

1. Изучить эпидемиологические особенности мочеполового туберкулеза в общей структуре внелегочного туберкулеза в Кыргызской Республике с 1984 по 2015 гг. в различных условиях экономического развития.

2. Выявить особенности клинических проявлений и течения мочевого туберкулеза в зависимости от факторов, влияющих на исход заболевания.

3. Дать оценку современных методов лабораторной (ИФА, ПЦР, цитокины), лучевой (УЗИ, КТ, МРТ) диагностики мочевого туберкулеза с рутинными экономически выгодными методами (рентгеноурологические, бактериологические и бактериоскопические).

4. Разработать комплексную схему этиопатогенетической терапии мочевого туберкулеза и оценить ее эффективность в сравнительном аспекте со стандартными схемами лечения в условиях стационара.

5. Определить роль и значение хирургических методов лечения, в том числе и предлагаемого клиникой способа резекции почки с проведением клиничко-морфологического сопоставления мочевого туберкулеза.

6. На основе полученных данных разработать диагностический алгоритм тактики врача при подозрении и выявлении мочевого туберкулеза у больных до поступления в стационар.

7. Оценить фертильность мужчин больных туберкулезом половых органов до и после комплексного протективного лечения в сравнительном аспекте со стандартной схемой терапии.

Научная новизна полученных результатов:

1. Впервые проведена эпидемиологическая, комплексная клиничко-лабораторная оценка мочевого туберкулеза в Кыргызской Республике за длительный (30 лет) временной период.

2. Впервые проведены диагностические параллели различных клинических форм МПТ на основе существующих методов и показана более высокая эффективность современных методов обследования органов мочевой системы и мужских половых органов.

3. Впервые изучено влияние нового препарата гиалуронидазы - Лонгидазы® на клиничко-рентгенологические показатели и доказана целесообразность применения ее в различные сроки основного курса у больных с мочевым туберкулезом и обоснована клиническая эффективность его применения в комплексной противотуберкулезной терапии.

4. Усовершенствован способ резекции почки и метод реконструктивно-восстановительной операции при туберкулезном микроцистисе.

5. Впервые в комплексе лечения нефротуберкулеза применена лазеротерапия и разработаны показания и методика применения.

6. Разработан диагностический алгоритм тактики ведения больных МПТ.

7. Проведена оценка качества жизни больных МПТ до и после лечения, а также в отдаленные сроки.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Разработанный диагностический алгоритм позволяет врачам своевременно определить урогенитальный туберкулез, а также и неспецифические поражения почек, и мочевыводящих путей.

2. Рекомендуется включение Лонгидазы® в комплексное лечение больных с мочеполовым туберкулезом в сроки от 2 до 12 месяцев от начала химиотерапии по схеме: 3000 МЕ внутримышечно 1 раз в 3 дня курсом 12 инъекций с целью улучшения репаративных процессов в тканях почки и половых органов.

3. Разработанная схема и длительность применения комплексной терапии и лазеротерапии в лечении нефротуберкулеза способствуют улучшению результативности лечения и профилактики рецидивов, осложнений.

4. Предложенный метод реконструктивно-восстановительной операции туберкулезного микроцистиса, сокращает сроки пребывания больного в стационаре и приводит к полной реабилитации больного в послеоперационном периоде, существенно сокращая процент выхода таких больных на инвалидность и имея, таким образом, важное экономическое значение.

5. Разработанный комплекс лечения позволяет рекомендовать в качестве профилактических мероприятий нарушения фертильности.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность повышения медико-хирургической эффективности в проведении комплексного лечения больных с урогенитальным туберкулезом без затрат на дорогостоящие средства населению Кыргызской Республики.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Удельный вес впервые зарегистрированного ВЛТ в общей заболеваемости туберкулезом по данным МИЦ МЗ КР за 40 лет снизился в три раза и основной клинической формой в структуре внелегочных форм является урогенитальный.

2. Вследствие неполного и несвоевременного выявления ВЛТ, прежде всего наиболее значимой урогенитальной локализации, наблюдается заниженный уровень регистрируемой заболеваемости. Процент своевременной диагностики нефротуберкулеза в учреждениях общей лечебной сети крайне низок (в 56% случаев ставится неверный диагноз), что приводит к появлению осложненных и запущенных форм.

3. Использование предложенных методов диагностики позволяет повысить эффективность диагностики нефротуберкулеза – с помощью ПЦР до 86,7% (при специфичности 100%), ИФА до 75,6% (при специфичности 88,6%); УЗИ – 70%, КТ – 89,1%, МРТ – 97,5%, в сравнении с традиционными методами рентген – диагностики.

4. Применение препарата гиалорунидазы - Лонгидаза® в сроки от 2 до 12 месяцев специфической химиотерапии, в том числе у пациентов с лекарственной устойчивостью ускоряет сроки, закрытия полостей распада в почечной тка-

ни и способствует выраженному рассасыванию инфильтративных изменений в мочеполовых органах.

5. Применение хирургического метода и комплексного этиопатогенетического лечения и лазерного облучения позволяют существенно повысить эффективность проводимой терапии, увеличить процент выздоровления, снизить осложнения и повысить качество жизни больных.

Личный вклад соискателя. Все клинические исследования и оперативные вмешательства, а также их анализ выполнены автором лично.

Апробация результатов диссертации. Работа доложена на: заседаниях общества урологов КР (Бишкек, 2001, 2003, 2007, 2011); научно-практических конференциях в лечебно-оздоровительном объединении управления делами президента КР (Бишкек, 2001, 2003); межсекторальном совещании и международной конференции «Стратегия DOTS в Кыргызстане» (Бишкек, 2000, 2003); международной научно-практической конференции хирургов (Бишкек, 1999); 3-й республиканской научно-практической конференции урологов (Бишкек, 1998); конференции посвященной памяти М.М. Авербаха (к 75-летию со дня рождения) (Москва, 2000); III конгрессе хирургов КР (Бишкек, 2001); IV съезде гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов, паразитологов и инфекционистов КР (Бишкек, 2002); V международной конференции урологов (Бишкек, 2003); конференции посвященной 10-летию образования медицинского факультета КРСУ (Бишкек, 2004); заседании Ассоциации урологов и андрологов КР (Бишкек, 2015); на второй научно-практической конференции по вопросам туберкулеза в странах ЦАР и Китая (Чолпон Ата, 2016).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. Работа выполнена в соответствии с тематическим планом Национального центра фтизиатрии: «Дать всестороннюю оценку эффективности применения на территории республики современных, рекомендуемых ВОЗ, методов выявления, лечения и диагностического наблюдения за больными туберкулезом и их влияние на изменение основных показателей по туберкулезу» в рамках Государственной программы «Туберкулез», номер государственной регистрации №0000720.

Основные положения диссертации включены в учебную программу КГМА им. И.К. Ахунбаева, КГМИиПК по предмету фтизиоурология.

Получено патентное удостоверение «Способ резекции почки» № 219 от 30.12.1997 г., выданного Кыргызпатентом. Автор имеет 47 научных работ в периодических изданиях, журналах, сборниках научных трудов и материалах научных конференций, методические рекомендации 2, получен один патент.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 7 глав, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа изложена на 283 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 105 рисунка-

ми и 50 таблицами. Указатель использованной литературы включает 333 источников, из них 103 работ авторов дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Глава 1. Современное состояние проблем мочевого туберкулеза (обзор литературы). В данной главе автор подчеркивает, что высокая распространенность урогенитального туберкулеза, а так же нередко поздняя его диагностика, ведущая к инвалидизации трудоспособных контингентов населения, придает проблеме не только медицинскую, но и социальную значимость.

В структуре хирургических заболеваний мочевыделительной системы туберкулез почки и мочевыводящих путей уступает только МКБ. Большинство клиницистов указывают на одинаковую частоту туберкулеза мочевыделительных органов среди обоих полов. Как в прошлые годы, так и в настоящее время туберкулезное поражение почек в 21-35 % случаев является причиной выполнения нефрэктомии.

Клиническая структура туберкулеза почек у впервые выявленных больных разнообразна: туберкулезный пиелонефроз диагностируется в 10,7% случаев, кавернозный туберкулез почки в 37,5%, туберкулезный папиллит – 26,8% случаев.

«Снижение или стабилизация» ВЛТ свидетельствует о его недостаточном выявлении в связи с трудностями диагностики и особенностями патогенеза, что в большинстве случаев приведет тяжелому течению заболевания, плохо поддающимся лечению, что относит его к категории опасных для жизни заболеваний.

Включение в комплекс этиопатогенетической терапии низкоинтенсивного лазерного излучения показано при туберкулезе ПЖ, а также при всех формах туберкулеза яичка и его придатка. При использовании лазеротерапии каких-либо осложнений и побочных реакции не отмечено по данным современной литературы.

Ухудшение социально-эпидемиологических показателей по туберкулезу, неудовлетворенность в части случаев исходами хирургического лечения туберкулеза МВС требуют тщательного научного анализа результатов операций.

Литература свидетельствует, что туберкулез МПО остается одной из актуальных проблем фтизиатрии в целом. Не всегда диагностируются ранние формы туберкулезного поражения органов. Поиск туберкулезной микобактерии, являющейся главным признаком в распознавании туберкулеза почек не всегда дает положительные результаты даже при применении комплекса различных методов исследования. Традиционные методики лучевой диагностики при туберкулезе также не позволяют достоверно судить о процессах в почечной ткани и паранефральных изменениях. УЗИ, восполняющее методики лучевого исследования при туберкулезе почек, к примеру, не информативен при тубер-

кулезе почечной паренхимы и туберкулезном папиллите, мало информативен, когда степень экзогенности патологического очага почти не отличается от экзогенности неизменной паренхимы почки.

Хирургическое лечение мочевого туберкулеза требуется у более чем 60% больных и составляет среди всех хирургических вмешательств 47–82% с учетом органосохраняющих операций – 66–86%. Высокая эффективность лечения МПТ в современных условиях обеспечивается индивидуальным подбором лечебных мер и по показаниям своевременным применением хирургического вмешательства, так как успехи этиотропной терапии, подкрепленной многочисленными патогенетическими средствами не могут, к сожалению, привести к отказу от оперативных вмешательств на почках, мочевых путях и половых органах.

Глава 2. Материалы и методы исследования. Клиническим материалом послужили 829 историй болезней больных туберкулезом органов МС, находившихся на стационарном лечении в урогенитальном отделении Кыргызского НИИ туберкулеза (Национальный центр фтизиатрии КР в настоящее время) за период с 1984 по 2014 гг. Все обследованные пациенты согласно клинической классификации были разделены на группы по характеру туберкулезного процесса, степени активности, распространенности наличия осложнений и выраженности ХПН.

Среди больных с впервые выявленным мочевовым туберкулезом преобладают социально-адаптированные лица (83,62%), преимущественно у лиц молодого, трудоспособного и репродуктивного возраста.

По результатам наших исследований, видно, что туберкулез МС выявлен всего у 433 больных, мужчины - 26,9 % (223 больных), а женщины 25,3 % (210), а в общей структуре составили 52,2 %. Сочетанный туберкулез МПС в общей структуре составили всего 19,8%, мужчин - 156 больных, женщин всего 8 в возрасте до 18 лет – 1 больная и в возрасте 30-39 лет – 4 больных в возрасте 40-49 лет – 3 пациенток (0,4%).

Как указали многие исследователи, туберкулез МПО встречается у лиц молодого, трудоспособного и репродуктивного возраста, так и наши результаты выявили значительную долю заболевших в возрасте от 30 до 50 лет. Преобладание мужчин отмечено в целом в возрастной группе 40 – 49 лет.

Анализ сроков давности заболевания у большинства больных составила от 3 до 5 лет, а давность туберкулеза мужских половых органов до 1 года. Однако были с длительностью болезни более 10 лет – 13 пациентов (2,2 %).

Основную массу, 230 пациентов (38,5 %) составили больные с кавернозным туберкулезом почек и с далеко зашедшим распространенными формами (у 341 лиц почка была уже нефункционирующей). У 84 почечный туберкулез был осложнен пиелонефритом, МКБ, гидронефрозом. При сочетанном туберкулезе

поражение МС отмечено у 27,6% больных. Характерным является преобладание сочетания при кавернозных формах у 55 больных. Нефротуберкулез с поражением мочеточника у 157 (26,8%) и туберкулез мочевого пузыря отмечен у 89 (15,2%) больных.

Дифференциальная диагностика туберкулеза МПС имела сложности в первую очередь в силу отсутствия патогномоничных симптомов и характерной рентгенологической картины. Современная фтизиоурология располагает необходимым для полного излечения больного туберкулезом мочеполовой системы при условии раннего его обнаружения. Основная проблема состояла не в дифференциальной диагностике, а в отборе пациентов, подозрительных на мочеполовой туберкулез, так как часто никаких предпосылок к этому не было. Как известно, особенно трудно было диагностировать сочетание нефротуберкулеза с хроническим неспецифическим пиелонефритом (75%), МКБ (до 20%), аномалией развития почек (до 20% случаев) и раком почки.

Сочетание нефротуберкулеза выявлено у больных с активной формой туберкулеза легких у 51 больного (31,1%), с остаточными явлениями перенесенного туберкулеза легких – 41 больной (25%), с туберкулезом костей и суставов и с периферических лимфатических узлов (ПЛУ) – 26 больных (15,8%), с туберкулезом простаты и семенных пузырьков – 13 (8%) и наибольший процент отмечен в сочетании с эпидидимитом – 33 больных, что составило 20,1%.

Методы исследования. Диагностика больных в группах была основана на достоверных, а иногда и на косвенных, признаках, заболевания как бациллурия, типичные рентгенологические признаки деструкции, специфические признаки с использованием клинических, физикальных, лабораторных, эндоскопических, инструментальных методах исследований, туберкулино диагностики и активным использованием современных методов по мере их внедрения у нас в республике (рис. 1).

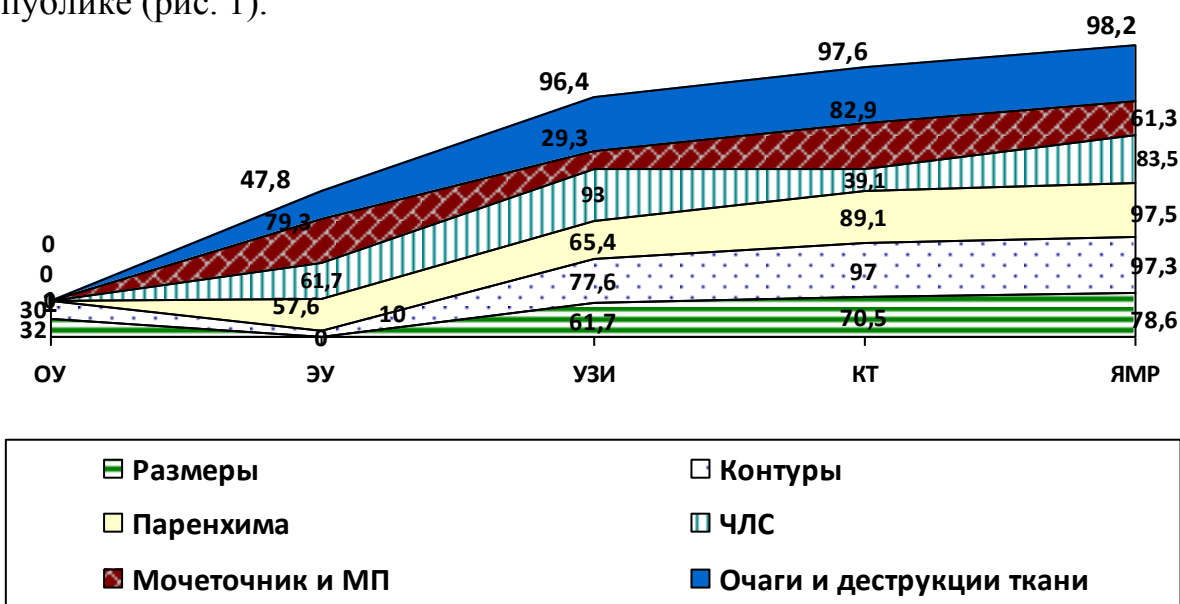


Рис.1. Показатели информативности методов лучевой диагностики (%).

Мы сравнили информативность 4 лучевых методов исследования, которые применяются на территории нашей республики: обзорная и экскреторная урографии, УЗИ, КТ и МРТ (рис.1).

Как следует из приведенных данных, УЗИ и КТ диагностика в подавляющем большинстве случаев (65,4% и 89,1%, соответственно) превосходит по информативности традиционные рентгенологические методы исследований. Это, безусловно, открывает возможности для повышения эффективности распознавания нефротуберкулеза, однако эхосканирование и КТ может принести наибольшую пользу в случае сочетания с традиционными диагностическими тестами.

Информативность экскреторной урографии и УЗИ при нефротуберкулезе составляет 80,3 %. КТ и МРТ позволяют с достоверностью 93,3 % оценить анато-функциональное состояние ВМП при туберкулезе органов МС и визуализировать сосудистое русло почки. Это в свою очередь позволяет установить правильный топический диагноз, оценить функциональные резервы пораженного органа и выработать оптимальную тактику ведения больного.

Антибактериальная химиотерапия нефротуберкулеза дополнялась оперативными методами, 451 больных подверглись хирургическому методу лечения. Эти больные были с деструктивными и распространенными формами туберкулеза мочевой системы. Различные варианты клинического течения туберкулеза почек и мочевых путей обусловили и разнообразие хирургических вмешательств. В соответствии туберкулезного поражения мочевой системы всем больным проводились следующие хирургические вмешательства: органоуносящие нефрэктомии у 341 (57,1%) больных; нефрэктомии подверглись больные с афункциональной почкой, среди них более 236 уже поступили с выключенной почкой, а у 105 больных возникли в процессе лечения.



Рис. 2. Илеоцекальный угол, момент выделения - резекция.

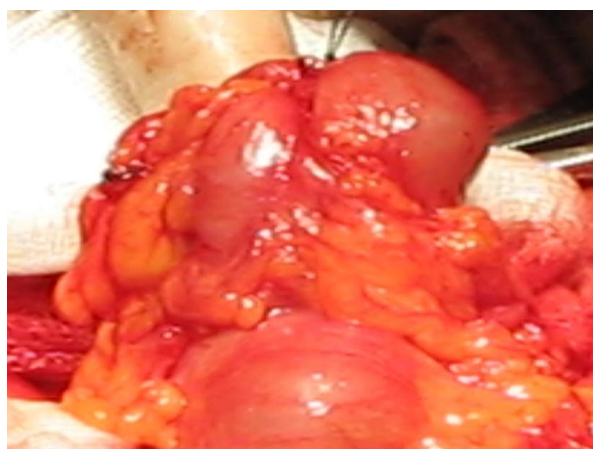


Рис. 3. Пересадка мочеточника в мочевой резервуар

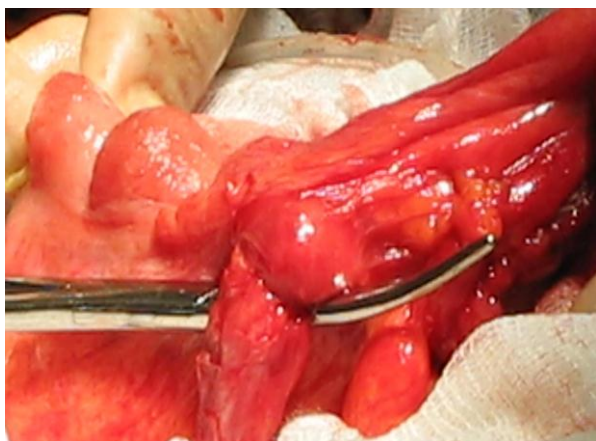


Рис. 4. Конец пересадки мочеточника

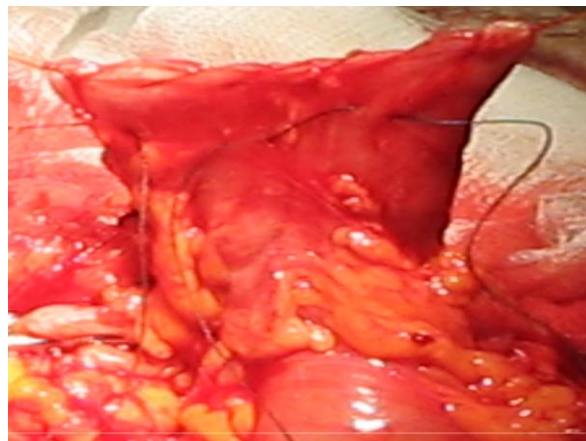


Рис. 5. Ушивание купола слепой кишки



Рис.6. Все анастомозы завершены перед погружением в малый таз.



Рис. 7. Формированный мочевой резервуар

Органосохраняющие операции проведены у 50 больных, реконструктивно-восстановительные операции на мочеточнике у 61, реконструктивно-пластические операции при туберкулезном микроцистите у 17 больных и при тотальном поражении мочевого пузыря формирование мочевого резервуара из слепой кишки с наложением уростомы – 5 пациентов (рис.2-7).

Глава 3. Результаты собственных исследований. Эпидемиологическая ситуация внелегочного и мочеполового туберкулеза в Кыргызской Республике. Развитие фтизиоурологии в стране связано со становлением противотуберкулезной службы в целом и неразрывно связано с борьбой туберкулеза легких (1926-27гг.) в довоенный период, который совпал с организацией в 1939г КГМИ. Послевоенный период знаменуется расширением сетей противотуберкулезных учреждений, в том числе начинает уделяться внимание и ВЛТ.

Факторами, повлиявшими на развитие службы являются: открытие КНИИТ в 1958г (увеличение коек фтизиоурологического профиля); целевая установка вопроса Республиканским научно-медицинским обществом фтизиатров о ликвидации туберкулеза в республике в 1962г (снижение заболеваемости с 6,4 до 5,9%); в 1988г КНИИТ входит в состав КНИ экологии и профилактики инфекционных болезней, что сыграло отрицательную роль в эпидемиологии туберкулеза (лишение организационного и методического центра), которое Правительство через три года снова его восстанавливает и развитие проходит в сложных экономических условиях. А так же: обеспечение республики долгосрочными комплексными программами; внедрение стратегии DOTS в 1995г (100% внедрение в стране); международная интеграция противотуберкулезной службы; реализация Национальных программ «Туберкулез»; внедрение современных методов диагностики (ПЦР, GeneXpert-технологии и др.); использование потенциала регионов.

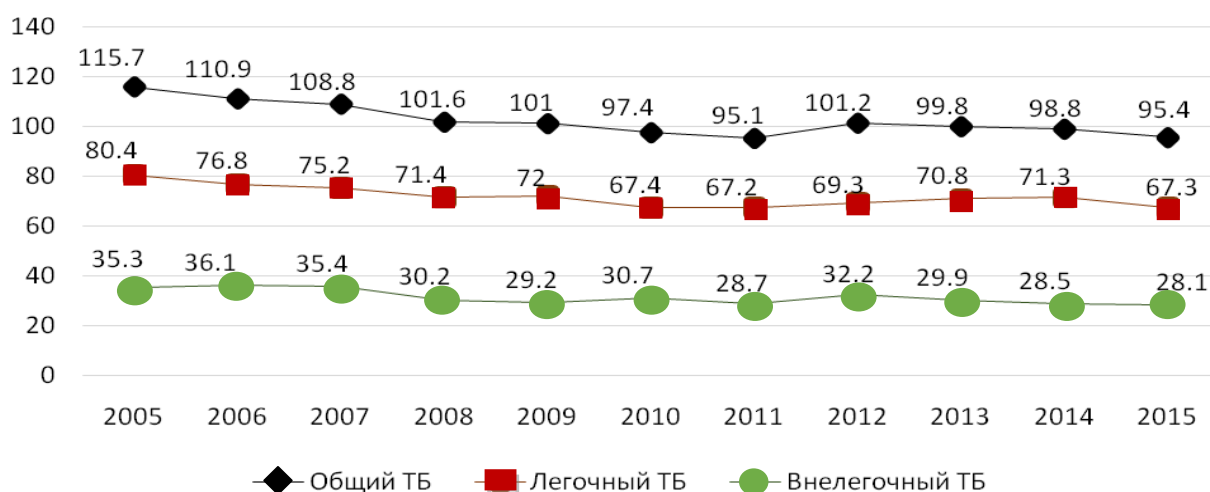


Рис. 8. Динамические соотношения эпидемиологических показателей легочного и ВЛТ.

В динамике распространения и соотношения ВЛТ за последние 10 лет (рис.8) отмечается снижение заболеваемости в 1,2 раза. В период советского здравоохранения и периода перестройки показатели ниже, в первом случае из-за достаточного финансирования, а во втором, из-за ее отсутствия, которое сказалось на качестве диагностики и профилактики туберкулеза. Априори, в период возрождения национальной экономики, реформирования здравоохранения и противотуберкулезной службы характеризуется некоторым увеличением заболеваемости (12,1 на 100 тыс.нас.) в 2-3 раза, связанных с внедрением новых современных методов обследования и с изменением классификации туберкулеза в 2001г, а также миграцией населения из села в город. А вместе с тем, эти факты повлияли на волнообразную динамику заболеваемости и неравномерное распространение МПТ по регионам республики.

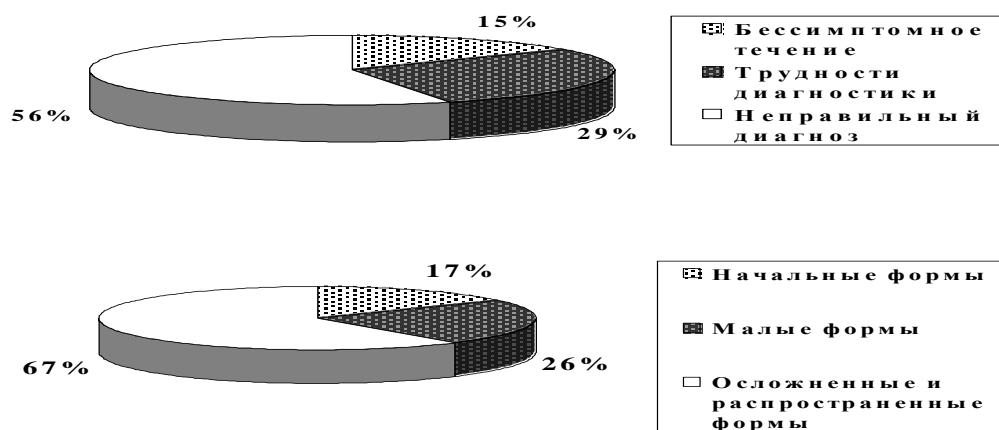


Рис. 9 – Показатели причин поздней диагностики мочевого туберкулеза и их осложнения.

Трудность выявления МПТ (рис.9) зависела от проявления первых признаков заболевания, которая составила от 2 до 10 лет. Запоздалая диагностика запущенных форм наблюдалась в 20-21% случаях, у 15% больных – бессимптомное течение, у 29% - трудности в диагностике, у 56% - расхождение диагноза. Не маловажное значение имело место и неосведомленность и настороженность врачей любого профиля, которые составили от 9-14%, непросвещённость большей части населения о вопросах туберкулеза. По этой же причине 67% больных госпитализированы с осложнениями МПТ, с ХПН – 26% и только 17% больным – диагноз был выставлен своевременно.

В последние годы, с увеличением темпов роста эпидемиологических показателей ВЛТ больных, находящихся под наблюдением у урологов и других специалистов, представили собой группу с неуточненным и неуправляемым дополнительным резервуаром туберкулезной инфекции. Так, гистологически установленный туберкулез почек составил 9-14% в удельном весе среди нетуберкулезных заболеваний. Проведенный анализ и мониторинг способствовал разработке и унификации алгоритма постановки диагноза МПТ и неспецифических воспалительных заболеваний МПО для врачей общей практики и других специалистов, что позволит заострить туберкулезную настороженность во всех отраслях системы практического здравоохранения (рис.10).

Следует так же отметить, что МПТ является заболеванием, при котором больной с членами своей семьи и фтизиоуролог находятся в длительном взаимоотношении и их «сотрудничество» направлено на адекватный настрой (борьба со стрессом, психологическим кризисом и социальной дезадаптацией) с целью достижения поставленных им, профессиональных задач. По мнению больных, между врачом и больным не должно быть никаких тайн указали в опросниках 43%, а 28,7% считают, что врач должен скрывать от больного отрицате-

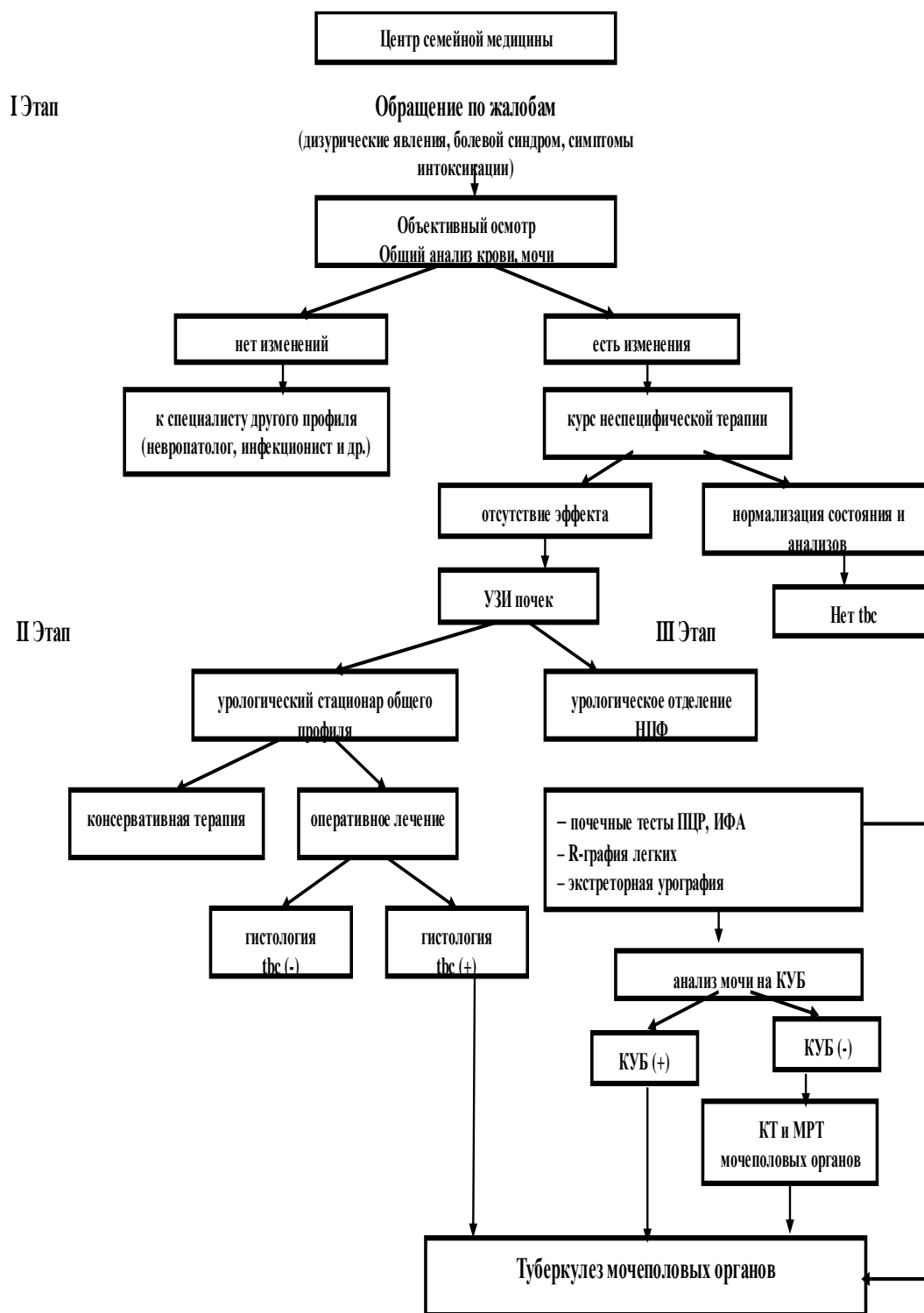


Рис. 10. Алгоритм туберкулезной настороженности врачей всех уровней здравоохранения по МПТ.

льную динамику заболевания, а остальные (28,3 %) затруднились дать ответ. В современных условиях фтизиурологии от врача требуется развитие коммуникативных навыков со знанием особенностей поведения этого контингента больных, но и умение в различных ситуациях применять различные модели поведения в диаде врач-больной.

Глава 4. Особенности клинической симптоматики и диагностическая тактика ведения больных туберкулезом мочевой системы.

Особенностью течения туберкулеза МПО является ранняя прогрессирующая деструкция с последующей утратой функции органов и системы в целом. При сборе анамнеза, нами выявлено, что основной пик проявления болезни отмечены в сроке от 3 до 5 лет с острым проявлением заболевания с последующим переходом в хроническую форму. 18,6% больных указали на проведенную неспецифическую антибактериальную терапию по поводу пиелонефрита – 12,4%, МКБ – 6,9%, цистита – 3,2%, эпидидимита – 3,4%, что в некоторых случаях приводила к оперативному лечению.

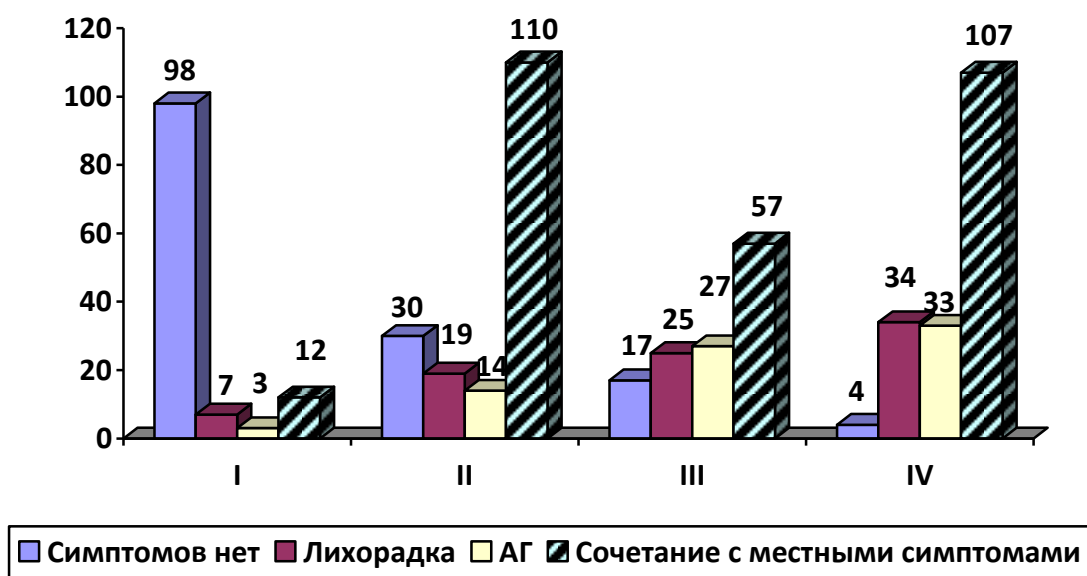


Рис.11. Показатели симптомов в разрезе клинических групп (абс. число).

По результатам наших исследований (рис.11) были выделены общие и местные симптомы. Касаемо же состояния больных при установлении диагноза у 35% оно было удовлетворительным при начальной стадии заболевания. Следует отметить, что 13,9% составили больные с поликавернозным туберкулезом почек и 2,2% с осложненными формами, которые так же отмечали, что состояние удовлетворительное. Лихорадку (чаще субфебрилитет) отметили 20% из всех больных, при начальных стадиях – 5,8%, с деструкцией почек – 20,5% и с осложненными формами – 19,1% и более половины из них указали, что это было первым проявлением заболевания. При анализе болевого синдрома, характерные особенности выделить не представилась возможным, т.к. она зависела от локализации поражения органа, деструкции ткани и нарушения функции. Характер боли как постоянные отметили 46,4% больных, кратковременные – 37% и чередование их отметили 16,6%, а по типу почечной колики – 11,7% с поражением паренхимы почек и сосочков. Дизурия выявлена у 41,9% больных и следует отметить, что у половины сопровождаются болезненным мочеиспус-

канием, соответственно при поражении мочевого пузыря увеличивался их удельный вес. При исследовании больных выявлена у 18 % артериальная гипертензия, которая имела прямую зависимость от степени поражения почечной ткани, особенно при двустороннем поражении почек.

При цистоскопии присутствовали специфические признаки, характерные заболеванию у 63,8% больных, напротив изменения УЗИ были полиморфны и зависели от давности, распространенности и выраженности нарушений (в 82% диагностирован поликавернозный туберкулез), при КТ информативность выше в 1,5 раза хотя, генез изменения структур почек нередко было затруднительным.

При проведении рутинных методов исследований, нами не обнаружены патогномичные изменения: со стороны красной крови, функциональных исследований почек, биохимических показателей, почечных и печеночных тестов, КЩБ и электролитов, показатели соответствует клиническим формам нефротуберкулеза; изменения мочи характеризуются снижением реакции мочи (кислая), выраженная лейкоцитурия и макрогематурия (55,9%); выявлена неспецифическая микрофлора в 20% случаях (кишечная палочка, протей и стафилококк), а в остальных случаях роста не было.

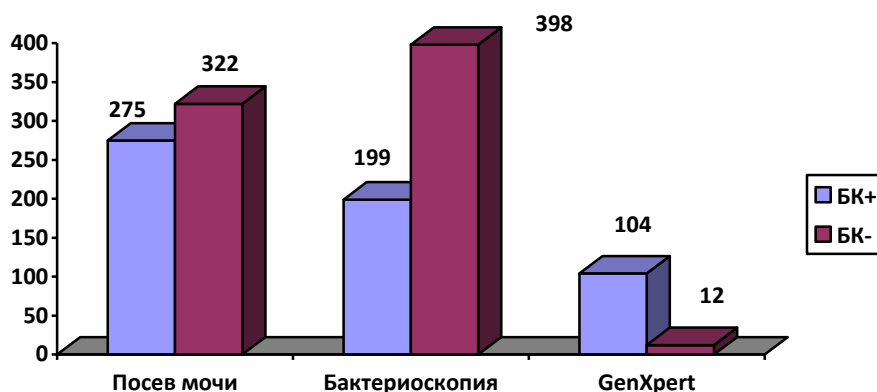


Рис.12. Результаты данных сравниваемых методов на БК+ в моче (n=597).

Чувствительность ПЦР исследования составила 86,4%, что представляется довольно высоким показателем. В 31,1% случаях у этих пациентов из мочи после культивирования был получен рост МБТ. С момента внедрения GeneXpert (рис.12) диагностики достигнуто совпадение результатов в 89,7%. В клинических группах выявлена чувствительность к противотуберкулезным препаратам: у 91,8% больных ко всем препаратам, у 8,1% резистентность к определенным препаратам, при сочетанном туберкулезе: монорезистентность 36%, к рифампицину – 12%, к изониазиду – у 24%.

Таким образом, данный метод показывает высокую чувствительность и специфичность для применения в рутинной практике, а также показал большую разницу в инициации времени до лечения.

Исследование продукции цитокинов в сыворотке крови, так же знаменует результаты повышением уровней, характеризующим иммунный ответ организма на МБТ и противотуберкулезную химиотерапию, что может служить методом мониторинга эффективности лечения.

Результаты проведенных исследований у детей и подростков свидетельствуют о выявленных особенностях клинического течения туберкулеза мочевой системы, который имеет преимущественно прогрессирующий характер, в результате чего (41,2%) детей, (42,1%) подростков в общей лечебной сети подверглись к неоправданному оперативному вмешательству с последующими осложнениями МПС и наличием свищей. Туберкулез мочеполовой системы у детей и подростков встречается реже, чем у взрослых, составляя в структуре всего контингента больных мочеполовым туберкулезом не более 4,4%. Таким образом, у 26,3% детей заболевание установлено своевременно. Но, следует отметить, что туберкулиновая проба была в норме у 82,5% и гиперэргической у 17,6%.

Следует сказать, что среди больных, страдающих туберкулезом мочеполовой системы, неотложные состояния (10,3%), потребовавшие срочных вмешательств, были обусловлены прогрессированием воспалительного процесса в почке, мочеточнике, уретре, что сопровождалось нарушением пассажа мочи и способствовало вторичному камнеобразованию, о чем свидетельствуют приведенные наблюдения больных.

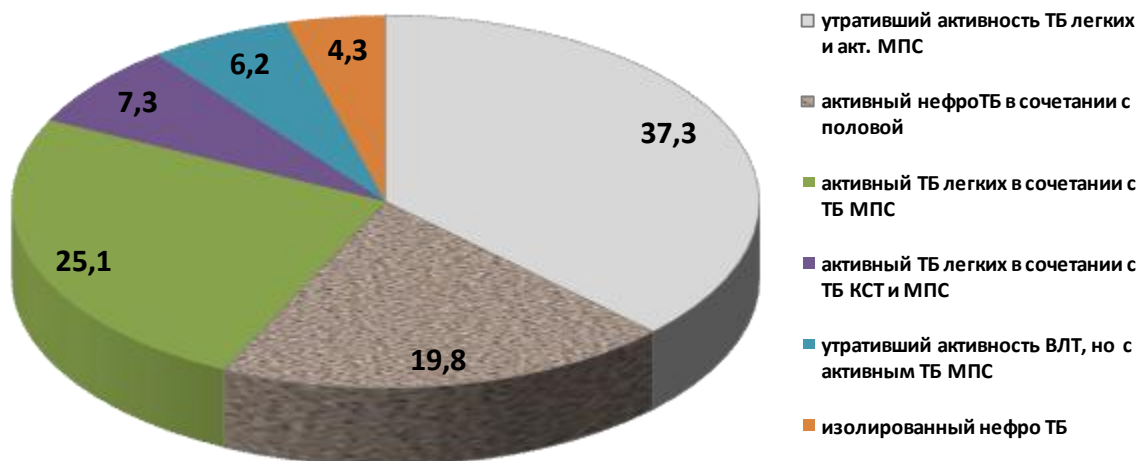


Рис. 13. Сочетание активного мочеполового туберкулеза с другими локализациями различной активности (%).

Опыт нашей работы показывает, что установление клинического диагноза МПТ в сочетании с другими локализациями (рис.13) - не простая задача. Наблюдается случаи, при которых дифференциальная диагностика туберкулезного спондилита, мезаденита и туберкулеза почек оказывается очень сложной. Возможны ошибки, когда нефротуберкулез принимается за натечные абсцессы или увеличение мезентериальные лимфоузлы и наоборот. Тем более трудной

оказывается задача определения начальной стадии туберкулеза почек у больных при мало выраженной симптоматике.

Глава 5. Сравнительная оценка результатов эффективности комплексного и стандартного лечения больных туберкулезом мочевой системы.

Для сравнительной характеристики эффективности предлагаемого комплексного лечения был проведен рандомизированный отбор 299 больных нефротуберкулезом с деструктивными изменениями в почке. Контрольной группой послужили равнозначные по тяжести заболевания больные, которые получали стандартную схему терапии (298 человек). При сравнении выявленной симптоматики до и после лечения больных в динамике в группах отмечается улучшение. Как видно, динамика симптомов в группах наблюдения были выраженными, это касалось интоксикационного и болевого синдрома, дизурических расстройств основной группы. В этой группе в сравнении с контрольной, отмечено стойкое исчезновение симптомов интоксикации к выписке больных из стационара - 2,7% в основной и 6,7% в контрольной (рис.14).

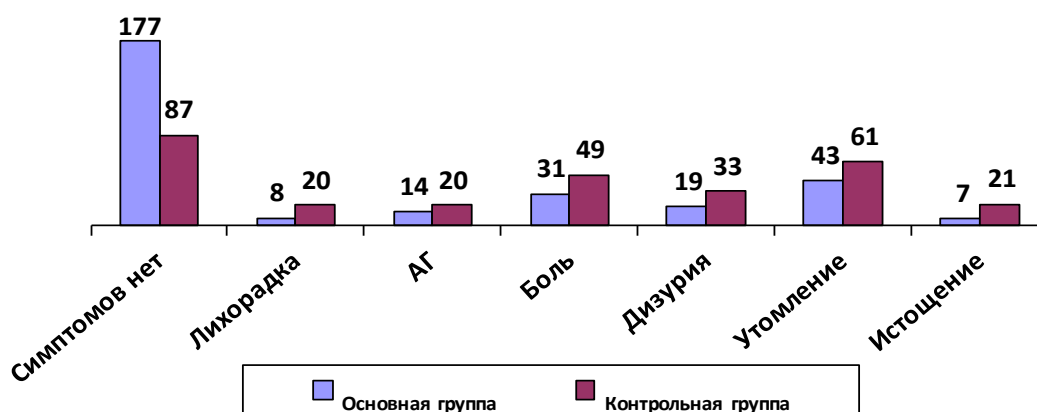


Рис.14. Динамика симптомов больных до и после лечения в группах (абс. число).

В удовлетворительном состоянии, без выявления симптомов, которые были до лечения, выписаны 59,2% больных основной группы и контрольной – 29,2% ($P < 0,01$). АГ сохранялась в обеих группах, но в контрольной, хоть и недостоверно, но больше (4,7% и 6,7%, $P > 0,05$). Что же касается болевого синдрома, с умеренным по характеру были выписаны 10,4%, а в контрольной – 16,4% ($P < 0,05$) в основном у оперированных больных. Дизурия так же была связана с перенесенными операциями или же с установлением катетеров, дренажных трубок для деривации мочи.

Истощение и утомляемость сопровождала состояние больных при выписке в 2 раза больше в контрольной группе. Таким образом, в основной группе показатели были значительно выше, но, тем не менее, следует отметить, что при выписке и в отдаленные сроки отмечались другие жалобы со стороны дру-

гих органов и систем, которые мы в дальнейшем оценили, как побочное действие проведенной химиотерапии и патогенетического лечения.

При анализе показателей гемограммы до лечения в обеих группах были на одинаковом уровне, а в процессе лечения имела отличия. Количество лейкоцитов и в основной, и в контрольной группах имел тенденцию к снижению при выписке. Соответственно такая же картина наблюдалась и в динамике и лейкоформулы. Повышение числа лейкоцитов, то есть лейкоцитоз сопровождался сдвигом формулы влево – возрастание палочкоядерных, юных, эозинофилия, моноцитоз что в свою очередь позволило нам судить о туберкулезной природе заболевания.

Одним из показателей активности спецпроцесса является СОЭ, которое коррелирует не только с активностью и протяженностью текущего процесса, но и с обострением хронических форм, особенно кавернозных форм. Этот показатель также был лучше при достоверности $P < 0,05$ в основной группе во всех формах нефротуберкулеза, но тем не менее было связано с процессом регенерации к выписке, что является недостаточным для активной фазы лечения, но к завершению продолжающей фазы, результаты были лучше.

Биохимические показатели, такие как прямой и непрямой билирубин, трансаминазы сыворотки были повышены до лечения, и так же без существенных различий в обеих группах, но имели тенденцию к восстановлению и нормализовались к моменту выписки у большинства пациентов основной группы.

Препараты, включенные в комплексную терапию, значительно повышают эффективность лечения, вследствие его многостороннего положительного влияния на функции микроорганизма. Еще более важно применение рибоксина и левокарнитина у больных с наличием ХПН как при подготовке к операции, так и в послеоперационном периоде. Таким образом, предлагаемая нами комплексная схема терапии, положительно влияет на функциональные показатели гемодинамики и почечных функций. Применение ее, особенно при осложненных формах нефротуберкулеза с наличием ХПН в предоперационном периоде оказывает положительное влияние на дальнейшее течения процесса и облегчает ведение больного в послеоперационном периоде. Переносимость терапии, в целом, была хорошая, побочных явлений (помимо химиопрепаратов) нами не наблюдалось. Мы рекомендуем с первых дней лечения наряду с этиотропной проводить патогенетическую терапию.

Если у всех больных до лечения отмечалась гематурия, то в основной группе выявлена тенденция к уменьшению количества эритроцитов, тогда как в контрольной группе более чем у половины больных к моменту выписки выявлялись единичные в поле зрения эритроциты.

Если при бак. исследовании мочи до лечения были выявлены кишечная палочка, грамотрицательная и грамположительная микрофлора, то после лече-

ния идентично в обеих группах после проведенного лечения независимо от вида оперативного лечения к моменту выписки в посевах роста не было, что указывает на полную элиминацию инфекции из организма и эффективность использованной нами комплексной терапии.

В рамках проводившегося исследования в динамическом контроле процесса лечения в группе туберкулеза МПС выявлено существенное ($P < 0,01$) снижение спонтанной выработки цитокинов провоспалительного ИЛ-6 с $18,58 \pm 4,16$ при поступлении до $7,41 \pm 1,29$ через 2 месяца. Через 2 месяца лечения данные 2-х групп больных существенно различаются по уровню противовоспалительного ИЛ-4 ($P < 0,001$): у больных с туберкулезом МПС содержание ИЛ-4 составило $2,61 \pm 0,45$. Исследование продукции про-ЦТ, против-ЦТ и ЦБ может служить иммунологическим методом мониторинга эффективности лечения.

Оценка влияния, комбинированного низкоинтенсивного лазерного излучения на регенеративные процессы, играющие существенную роль в формировании фиброобразования и синдрома интоксикации при туберкулезе мочевой системы показала, что использование излучения лазера в комплексном лечении больных осложненными формами нефротуберкулеза, позволило получить быстрый и стойкий эффект, выражающийся в увеличении емкости мочевого пузыря, нормализации цистоскопической картины и полном прекращении болевого синдрома, и дизурии.

Наряду с положительными сторонами антибактериальной терапии нефротуберкулеза и туберкулеза мочевых путей, определяются и ее отрицательные стороны. Они проявляются, прежде всего, в быстром и избыточном рубцевании язвенных дефектов слизистой оболочки мочевых путей от шейки почечных сосочков до тазового отдела мочеточника, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Желаемое рубцевание приводит к развитию вторичных стенозов почечной лоханки, мочеточника и рубцовому сморщиванию мочевого пузыря. Устранение рубцовых стенозов возможно только реконструктивно-пластическими операциями, что является благоприятным исходом туберкулезного процесса.

Туберкулез МПО является распространенным социально зависимым инфекционным заболеванием, который влияет на уклад жизни больного, изменяет его отношение к жизненным ценностям. Так потеря работы, понижение социального статуса и положения в обществе, возникновение социальной дезадаптации являются основой постоянного стресса больного, унифицируют эффективность проводимого лечения. При этом основной принцип медицины «лечить больного, а не болезнь» в большей степени реализован с помощью оценки КЖ (рис.15). В свою очередь это является высокоинформативным, надежным, экономичным методом, который определяет степень удовлетворённости человека в

различных категориях населения и общества, различными аспектами жизни вследствие перенесенной болезни и ее последствиями.

При адекватном восстановлении после нашего лечения и традиционными методами, при выписке выявлено повышение показателей качества жизни (рис.15) по всем шкалам, а фактор социального функционирования (71,4 в основной и 73,8 в контрольной группе ($P < 0,05$) и общего здоровья достигал уровня практически здоровых людей.

В тоже время эмоциональное состояние (61,2 и 57,6) пациентов оставалось низким, что, вероятно, связано с самим фактом оперативного вмешательства.

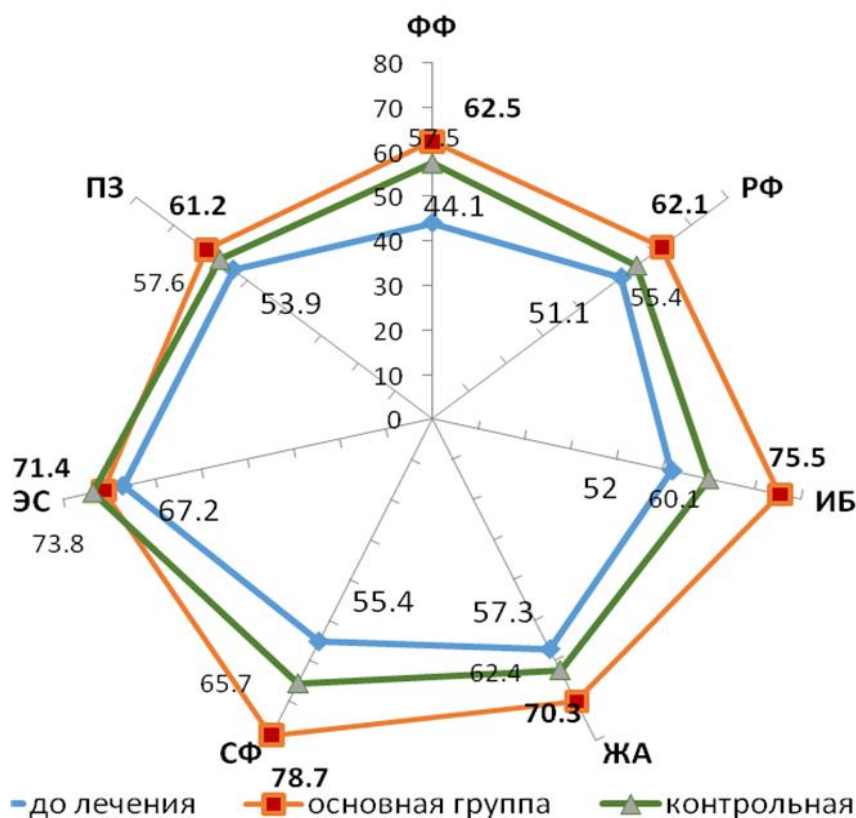


Рис.15. Оценка КЖ больных туберкулезом почек после лечения (в баллах).

Показатели КЖ оказались несколько выше у пациентов, основной группы. При выписке после лечения, в основной группе, показатели по шкалам ФФ на 14,7%, ИБ на 15,7%, ЖА оказались на 12,8% выше показателей пациентов контрольной группы. Выше на 23-30 % - эмоционального состояния и психического здоровья.

Глава 6. Результаты эффективности хирургического лечения больных мочеполовым туберкулезом. Несмотря на высокую эффективность противотуберкулезных антибактериальных препаратов, 60,2 % больных в возрасте от 18 до 49 лет трудоспособного возраста (мужчины при этом составили 60,3%) были клинически излечены оперативным вмешательством, так как консерва-

тивная терапия оказалась малоэффективной или неэффективной в основном с деструктивными процессами почек с поражением мочеточников и мочевого пузыря. Наибольшее число оперированных составило 81 больных мужчин в возрасте 40-49 лет (18%), затем идут мужчины в возрасте 30-39 лет (16,4%), далее с убыванием до 60 и старше. Следует отметить, что во всех возрастных группах преобладали больные мужского пола и причинами, по нашему мнению, являются нарастание проблем социального характера, снижение иммунитета, рост числа неспецифических воспалительных заболеваний, ВИЧ-инфицированных больных и «групп риска», которые требуют активного динамического наблюдения и соответствующей настороженности врача с выполнением клинического минимума. Так, в НЦФ за исследуемый период проведены хирургические вмешательства: органоуносящие – нефрэктомия у 341 (57,1%) больных, органосохраняющие – у 50 (8,3 %), реконструктивно-восстановительные на мочеточнике – у 61 (10,2%) и реконструктивно-пластические операции при микроцистисе – у 17 (2,8%), формирование мочевого резервуара из слепой кишки 5 (0,8%).

При изучении давности заболевания лишь у 103 (17,3%) пациентов нефротуберкулез был диагностирован до 1 года после появления первых симптомов заболевания. От 1 года до 3 лет – у 279 (46,7%), от 3 до 5 лет – у 124 (20,8%), от 5 – 10 и более лет – у 91 (15,2%) случаев. В результате позднего выявления туберкулеза в общелечебной сети больные поступали с запущенными формами, т.е. с полным исключением функций одной из почек у 236 (39,5%) и 20 (3,4%) больных уже поступили с удаленной почкой. У 85 (14,8%) отмечено исключение функций почек в процессе лечения в связи с распространенным процессом в области ЧЛС и мочеточника.

При гистологическом исследовании удаленных почек прогрессирование туберкулезного процесса в виде преобладания эссудативно-альтеративной тканевой реакции при кавернозном туберкулезе отмечалось у 187 больных, у 154 остальных больных с деструктивным туберкулезом почки обнаружены полости распада типичные для туберкулеза. Несмотря на активное лечение противотуберкулезными препаратами по схеме DOTS категории I после интенсивной фазы (2 месяца) процесс в почке оставался активным. При кавернозном туберкулезе почки у 18 больных отмечалось туберкулезное поражение мочеточника, у 3 больных с кавернозным туберкулезом почки бактериологически в моче выделены МБТ. Гистологически подтвержден туберкулез у остальных 68 прооперированных больных. У 86 из оперированных больных был обнаружен туберкулезный пионефроз (39 мужчин, 47 женщин) в 3-х случаях с выраженными специфическими изменениями в мочеточниках. У 15 больных отмечался острый туберкулезный паранефрит справа, как осложнение деструкции почки.

Все 341 удаленных почек имели туберкулезное изменения: у 17 гидро-нефроз, стриктуры мочеточников, резвившиеся в результате заживления тубер-

кулезных поражений лоханки и мочеточника с исходом в рубцовый стеноз и стриктуру.

С целью улучшения надежности гемостаза и уменьшения травматичности нами разработан и внедрен способ резекции почки (Кыргызпатент № 219 выдан 30 декабря 1997г). Этапы техники предлагаемого способа резекции представлены на рис.16. и обладает рядом неоспоримых преимуществ. В частности это - снижение травматичности операции (меньшая интраоперационная кровопотеря), частоты и тяжести интра- и послеоперационных осложнений, продолжительности нахождения больного в стационаре, периода трудоспособности в 3-4 раза, стоимости лечения на 25-30% и потребности в экономическом аспекте медицинских препаратов (рис. 15).

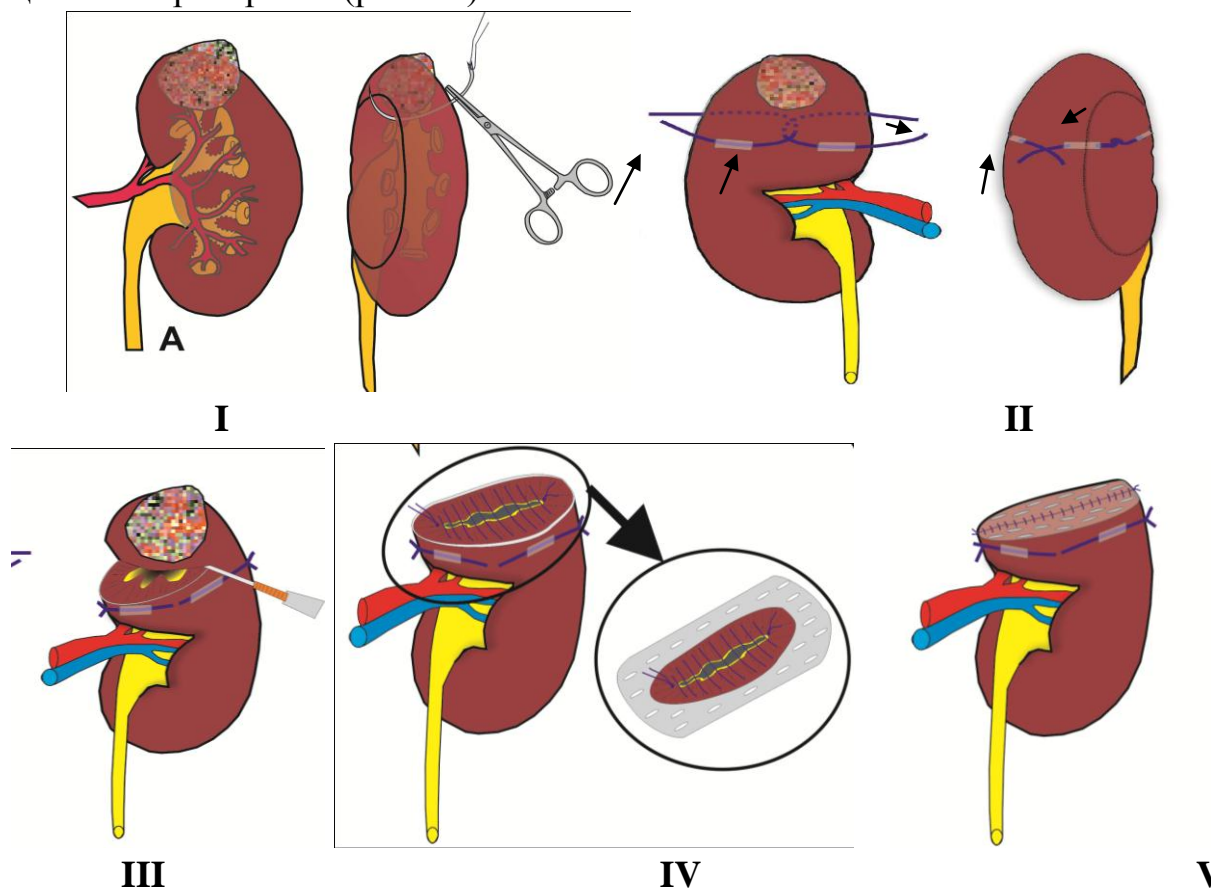


Рис.16. Схематические этапы предлагаемого способа резекции почки при нефротуберкулезе: I – выключенный сегмент и место вкола лигатуры; II – наложение лигатуры с внутренним перекрестом (стрелкой указаны ход нити под фиброзной капсулой); III – ампутация полюса; IV – затягивание нитей и «обработка» фиброзной капсулы; V – окончательный вид.

Изучены и обследованы 159 (27,1%) больных туберкулезом мочевой системы, осложненных ХПН и подвергшихся различным оперативным вмешательствам. Контингент больных в возрастном отношении составил от 13 до 60 лет. Односторонний распространенный туберкулез почки имел место в 39,2% случаев. Двусторонний туберкулез почек - в 25,7%, туберкулез одной и урете-

рогидронефроз другой почки – в 4,7%, туберкулез единственной почки - в 12,3%, туберкулезные поражения с ретенционными изменениями мочевых путей - в 18,1% случаев.

Среди всех групп у 25,3% больных имелись сопутствующие заболевания. У 13,8% больных туберкулез почек и мочевыводящих путей сочетался с туберкулезом других локализаций, а у 2,9% - со вторичными камнями почек и мочевыводящих путей. На основании комплексной оценки клинических и лабораторных данных выделены три степени ХПН: латентная (I) стадия - наблюдалась в 22,2% случаев, компенсированная (II) стадия - в 14,6%, интермиттирующая (III) стадия - в 25,1%. На всех этапах оперативного лечения нарушения кислотно-щелочного и электролитного баланса тесно взаимосвязаны и обусловлены степенью выраженности ХПН. Систематическая и контролируемая коррекция кислотно-щелочного и электролитного баланса купирует выраженные нарушения основных показателей гомеостаза.

Глава 7. Туберкулез мужских половых органов. В урогенитальном отделении НЦФ за 1984-2015 гг. находились на лечении 232 больных туберкулезом мужских половых органов, которые составили 28 % в структуре обследованных больных с МПТ. Распределение больных по возрасту, было, следующим (рис.3): детей до 17 лет - 1 (0,1%) больной, от 18 до 29 лет - 43 (18,5%), с 30 до 39 лет – 79 (34%), с 40 до 49 лет - 53 (23%), с 50 до 59 лет - 35 (15%) и свыше 60 лет - 21 (9,1%) мужчин. Из этого следует, что поражение туберкулезом половой системы преимущественно приходилось на лиц сексуального и репродуктивного возрастов – 175 (75,4%) больных.

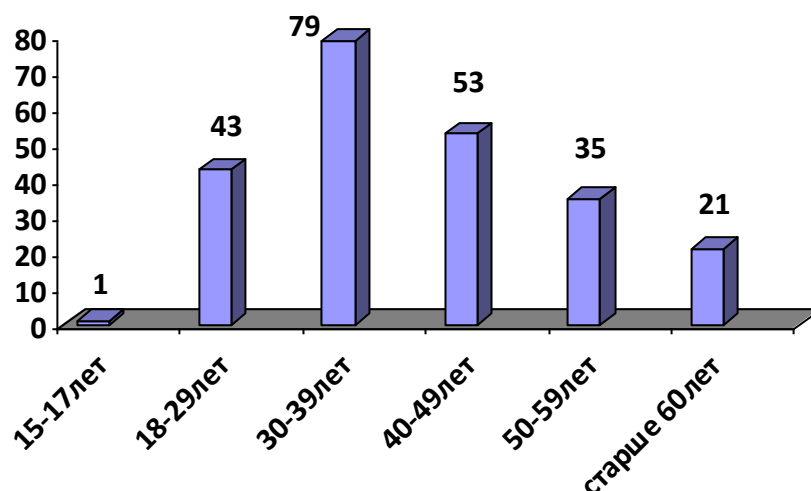


Рис.17. Распределение больных с туберкулезом половых органов по возрасту (n=232)

Туберкулез мужских половых органов поражает придатки яичек, ПЖ и СП. Яички поражаются значительно реже и вторично с контактным переходом воспаления из придатков мужчин всех возрастов: детей до 17 лет - 1 (0,1%)

больной, от 18 до 29 лет - 43 (18,5%), с 30 до 39 лет – 79 (34%), с 40 до 49 лет - 53 (23%), с 50 до 59 лет - 35 (15%) и свыше 60 лет - 21 (9,1%). Из этого следует, что болеют преимущественно лица активного и репродуктивного возрастов – 175 (75,4%) больных.

Поражение обоих придатков встречается у 91 (23,5%), в 2 раза больше поражается один придаток – 62,4%, одностороннее поражение яичка с придатком у 45 (11,6%) и у 10 (2,6%) – двусторонний орхоэпидидимит. У 156 (40,2%) - туберкулезный эпидидимит сочетался с туберкулезом почек, у 51 (13,1%) - с активным туберкулезом легких, остаточные явления легких - у 94 (22,2%) лиц, у 26 (6,7%) - туберкулез костей и суставов и периферических лимфатических узлов, у 23 (2,6%) имело место в сочетании с поражением простаты, СП и уретры, у 38 (9,8%) поражение половых органов носило изолированный характер.

В симптоматике и клинических формах туберкулезного орхоэпидидимита выявлены два клинических варианта течения заболевания: острый (37,5%) и хронический (62,5%). Острая форма орхоэпидидимита нами наблюдалась у 37,5% более молодых пациентов, при поступлении они жаловались на бурное начало заболевания с острыми болями в мошонке, отмечалось повышение температуры тела. Однозначных симптомов, характерных только для туберкулеза нет, однако следует учесть, что тщательное изучение анамнеза, данных объективного осмотра и исследования позволяет диагностировать туберкулез половых органов. 11 больных (4,7%) были обращены после посещения уролога и получения неоднократного лечения по поводу ИППП. 32 (13,8%) больных отметили болезненность при дефекации, в промежности, крестце, которая была характерна для специфического поражения ПЖ, а в некоторых случаях СП. Это были ректальные симптомы туберкулезного поражения ПЖ, а цистоуретральные симптомы как дизурия отметили 28 (12,1%) больных, болезненную эякуляцию – 19 (8,2%), гемоспермию – 12 (5,1%). 79 (34,1%) мужчин, обратились за медицинской помощью по поводу мужского бесплодия и туберкулез половых органов установлен в процессе обследования.

В крови выявлено ускорение СОЭ и лейкоцитоз у 82 (35,3%) больных. Триада симптомов мочи была выявлена у 117 больных, которые составили 50,4%. Люминесцентная микроскопия выявила МБТ у 91 (39,2%) больных. Туберкулинодиагностика получила положительные результаты у 44 (18,9%) больных мужчин. При бакисследовании, положительные результаты получены у 142 больных (61,2%), из которых у 64 больных в моче и у 78 мужчин в эякуляте.

При смотровой уретроскопии выявлены: колликулит – 23%, инфильтрация слизистой оболочки уретры в области выводных протоков ПЖ – 67%, тубус уретроскопа был непроходим у 20%.

Всем больным до поступления в стационар провели обзорную рентгенографию, где выявили в проекции ПЖ малочисленные тени обызвествления и

маленьких размеров, в 2 случаях сочетались с кавернами, которые подтверждались контрастированием. По данным УЗИ органов мошонки преобладают структурные изменения придатка (67,2%), очаговые образования выявлены в придатках, яичке/яичках и ПЖ, которые составили 33,6% при туберкулезе органов мошонки и 5,6% при поражении ПЖ и СП отмечается снижение эхогенности, увеличение размеров ПЖ (47,8%) и с деструкцией (32,2%). Также чаще встречаются полостные образования и кальцинаты, представляющие крайне эхогенные образования внутри простаты, яичек.

Культуральное исследование неспецифической микробной обсемененности отделяемого из уретры установило преобладание *Lactobacillus*, *Staphylococcus saprophyticus* и *Staphylococcus epidermididis*. При этом концентрация микроорганизмов для отдельных видов колебалась от 10^2 до 10^5 КОЕ/мл.

Таблица 1 - Результаты комплексного лечения в группах перед выпиской

Результаты	основная группа (n=98)		контрольная группа (n=101)	
	Абс.число	%	Абс.число	%
Хорошие	60	61,2	47	46,5
Удовлетворительные	35	35,7	43	42,5
Неудовлетворительные	3	3,1	11	11,0

В сравнительном аспекте при оценке всех показателей эффективности предлагаемого комплексного и стандартного лечения, суммирование данных в 61,2 % случаев оценена как хорошая в основной группе, когда как результаты контрольной группы только в 46,5 %, удовлетворительные результаты в контрольной – в 42,5%, в основной – в 35 % случаев, неудовлетворительные результаты выявлены больше в контрольной – они составили 11 % (против 3,1% в основной группе) (табл.1).

Следует отметить, что применение в комплексе препаратов Лонгидазы и витамин Е, как патогенетического средства, приводит к повышению клинической эффективности лечения больных туберкулезом половых органов и коэффициент эффективности лечения перед выпиской у больных основной группы был достоверно выше, нежели чем в контрольной ($P < 0,05$). Таким образом, сравнительный анализ доказывает применение предлагаемого нами комплексного метода практическим врачам и следует ориентироваться на нем как на методе выбора.

Приведены результаты комплексного клиничко-лабораторного исследования репродуктивной функции 177 мужчин от 18 до 60 лет с туберкулезом половых органов, которые находились на стационарном лечении в урогенитальном отделении НЦФ с 2000 по 2015 гг.

При клинико-гистологическом сопоставлении (рис.18) чаще встречаются милиарные, очаговые, очагово-деструктивные и свищевые формы.

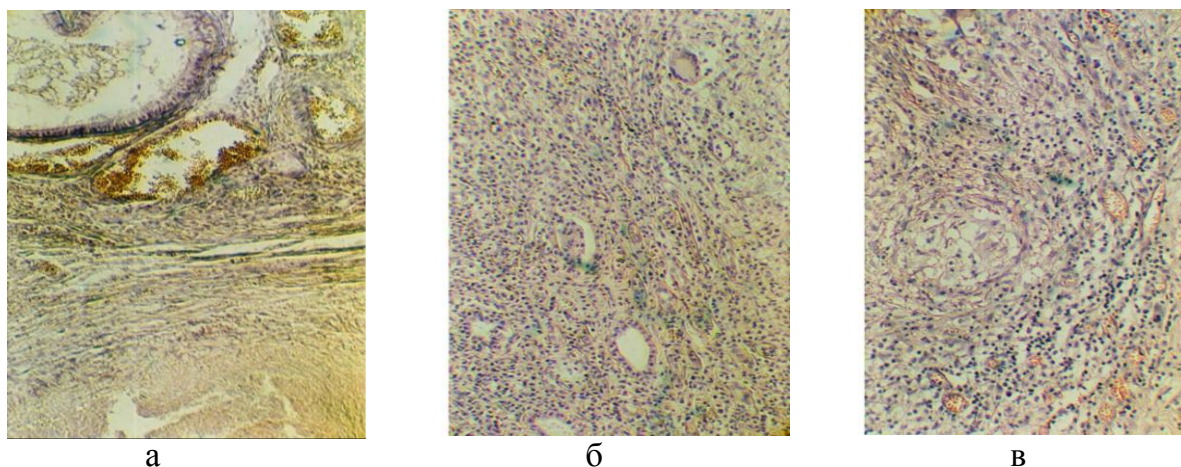


Рис. 18. Микропрепараты придатков яичка: а - участок казеозного некроза; б – туберкулезные бугорки; в - картина неспецифического воспаления. Окраска гематоксилином и эозином. х 63.

В процессе обследования мужчин на фертильность при сборе анамнеза 41 из них указали на бесплодие (23,2%), остальные имели детей и в связи с болезнью не собирались планировать беременность в ближайшее время. Средняя продолжительность бесплодного брака составила $3,7 \pm 0,8$ лет. Из всех 177 обследуемых больных 21 были в повторном браке, в прошлом имели детей – 114 мужчин, 19 мужчин отметили беременность, закончившуюся выкидышем.

Исходя из тщательного изучения анамнеза больных выявлены различные андрологические заболевания и факторы, которые негативно влияют на репродуктивное здоровье мужчин (табл. 2).

Таблица 2 – Перенесенные заболевания в анамнезе (n=177)

Заболевания	Количество больных	
	абс. число	%
Крипторхизм	11	6,2
Гипоспадия, эписпадия	7	4,0
Грыжа паховая	19	10,7
Варикоцеле	31	17,5
Гидроцеле	12	6,8
Вирусный паротит	9	5,1
Простатит	28	15,8
Неспецифические воспалительные заболевания органов мошонки	23	12,9
БППП	37	21,0
Из них сочетание более 2 заболеваний	56	31,6

При физикальном обследовании органов мошонки выявлены нижеследующие изменения: гипоспадия у 5, эписпадия у 2 мужчин; асимметрия мошонки - 59, выраженность складчатости и пигментации, степень отвисания мошонки. Положение яичек в мошонке, состояние придатков, размеры и консистенция. Гипоплазированной яичко/яички считали при горизонтальном размере (менее 2,5см).

Нарушение половых функции имело место у 56 больных, что составило 31,6%, 29 из которых в возрасте от 31 до 45 лет, 24 больных в возрасте старше 45 лет и меньшая доля у мужчин молодого возраста. Снижение либидо отметили 66 (37,2%) больных, в большинстве случаев это были мужчины в возрасте 30-45 лет и более половины акцентировали, что это появилось у них с давностью более 1,5 – лет назад. Ослабление эрекции наблюдалось у 28 (15,1%) больных и на преждевременную эякуляцию жаловались 24 (13,6%) мужчин-пациентов. Жалоб не имели только 4 пациента (2,5%) из молодой возрастной группы до 30 лет. У 57 % больных мужчин в спермограмме выявлена патоспермия (табл.3), нормальные показатели отмечены у 33,3%, аспермия у 9,7%. Виды выявленной патоспермии в зависимости от нарушения сперматогенеза представлены: олигозооспермия I ст. - у 26,8 % пациентов, II ст. – у 14% и III ст. – 16,2% больных.

Таблица 3 – Показатели исследования эякулята в разрезе возраста (n=93)

Категория больных с	Возраст (лет)			Всего	
	18-30 (n=46)	31-45 (n=33)	45-60 (n=14)	абс	%
патоспермией	8	21	24	53	57,0
нормоспермией	9	10	12	31	33,3
аспермией	0	7	2	9	9,7
Итого	17 (18,4%)	38 (40,8%)	38 (40,8%)	93	100

При оценке гормонального фона (табл.4) у больных с туберкулезом половых органов отмечается увеличение концентрации гонадотропных гормонов (ФСГ и ЛГ), почти в 3 раза по сравнению со здоровыми мужчинами, при снижении уровня тестостерона, что подтверждает нарушение гормонального фона, что в свою очередь приводит к нарушению сперматогенеза.

У всех больных отмечается гиперпролактинемия и увеличение эстрадиола. Следует отметить, что в процессе лечения в различные сроки имело место существенная тенденция увеличения количества ЛГ и ФСГ при снижении уровня тестостерона. На основании вышеизложенных данных, можно отметить, что увеличение гонадотропной функции гипофиза наряду с андрогенной недо-

статочностью, а так же химиотерапия выступают как важные факторы развития бесплодия.

Таблица 4 – Показатели концентрации половых и гонадотропных гормонов сыворотке крови у больных (n=93)

Гормоны	С п е р м о г р а м м а			
	Здоровые (n-25)	Нормоастено-спермия	Патоспермия	Азооспермия
ФСГ, МЕ д/л	5,7±0,5	8,2±0,4**	21,3±0,4***	4,1±0,2
ЛГ, МЕ д/л	4,5±0,8	7,4±0,1**	13,4±0,4**	16,3±0,5***
Тестостерон, нмоль/л	19,2±2,4	14,2±2,2	7,1±0,6**	1,7±0,7***
ПРЛ, мМЕ д/л	299,0±1,8	228,6±2,8**	778,2±0,1***	676,18±2,8***
Эстрадиол, пг/мл	29,3±4,1	23,4±1,6	41,2±1,2**	49,6±2,4***

Примечание: *P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001

Следует отметить, что в процессе лечения в различные сроки имело место существенная тенденция увеличения количества ЛГ и ФСГ при снижении уровня тестостерона (рис.19).

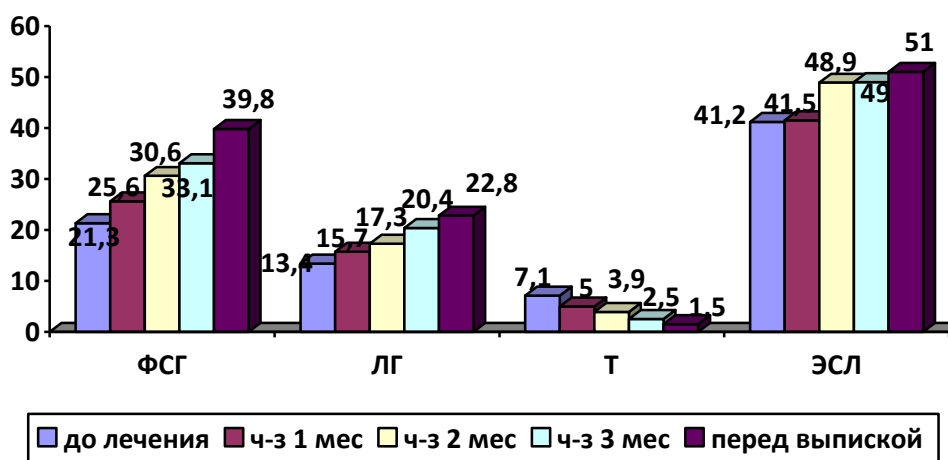


Рис.19. Динамика изменений гормонального фона больных с патоспермией в процессе лечения (n=53).

Однако не следует забывать и о воздействии противотуберкулезных химиопрепаратов, которые приводят к глубокому угнетению сперматогенеза.

Таким образом, на основании вышеизложенных данных, можно отметить, что увеличение гонадотропной функции гипофиза наряду с андрогенной недостаточностью а так же химиотерапия выступают как важные факторы развития бесплодия.

Половые расстройства у пациентов с туберкулезом репродуктивных органов были прослежены после окончания лечения в сравнительном аспекте,

т.е. у лиц получившие традиционная терапия (контрольная группа) и основной группы больных составили, которые получали комбинированная терапия (Лонгидаз и витамин Е) в сочетании с лазеротерапией и динамика показателей по опроснику МИЭФ, а также дано оценка по определению твердости полового члена (табл.5).

Таблица 5. – Динамика МИЭФ на фоне терапии

Показатели	Контрольная группа		Основная группа	
	I	II	I	II
Эректильная функция	25,8±0,33	23,2±0,43	25,9±0,54	17,2±1,12*
Либи́до	15,2±0,46	13,7±0,15	14,8±1,2	7,2±0,8*
Показатели оргазма	10,7±0,31	8,6±0,17	10,2±0,6	6,9±0,2*
Удовлетворенность половым актом	13,2±0,5	11,4±0,9	15,2±1,2	9,4±1,7 *
Общая удовлетворенность	16,1±0,9	15,7±0,3	17,8±1,6	9,9±0,6*

*Примечание: I до лечения, II после лечения. * P<0,05.*

Анализ проведенных исследований показал (табл.6), что повышение либи́до в основной группе отмечено полностью у всех больных, которые до лечения указывали на ее снижение, тогда как в контрольной группе, либи́до восстановлено у половины больных (48,9%).

Таблица 6 – Показатели динамики восстановления копулятивных расстройств у больных к концу лечения

Показатели	Основная группа (n=46)		Контрольная группа (n=47)	
	абс	%	абс	%
Либи́до: - восстановление после лечения	46	100,0	23	48,9
Эрекция	28	60,8	19	40,4
Нормализация эякуляции	24	52,1	15	31,9

Так же следует отметить, что сами пациенты связывают восстановление с началом лечения, а некоторые больные, у которых не было отмечено нарушение либи́до, априори указали на ее повышение, в основном пациенты основной группы. По показателям восстановления эрекции, эффективность была выше

у больных основной группы (60,8% против 40,4%). Аналогичная достоверная разница соотношений имело место в восстановлении эякуляции.

Высокая терапевтическая эффективность предлагаемого метода, хорошая переносимость пациентами, простота применения, возможность использования физиопроцедур в сочетании с медикаментозными средствами, позволяет считать, предлагаемую схему комплексной терапии обоснованной и рекомендует как метод выбора для широкого практического применения в условиях стационара и амбулатории с целью повышения эффективности лечения, сохранения и восстановления фертильности больных мужчин туберкулезом мочеполовой системы.

ВЫВОДЫ

1. Ретроспективный анализ эпидемиологии мочеполового туберкулеза в КР за период с 1984 по 2015гг выявил стабилизацию в период советского здравоохранения с последующим ухудшением в период выраженных социально-экономических преобразований. Сопоставление заболеваемости с другими локализациями внелегочного туберкулеза выявило преобладание лимфоаденогенных и костно-суставных поражений над мочеполовыми с 1994 г. по настоящее время.

2. Для мочеполового туберкулеза характерно бессимптомное и торпидное течение: в 35% случаев процесс протекает бессимптомно, в 48 % - под маской хронических воспалительных заболеваний мочеполовых органов и в 15,7 % - выявлен случайно. У 57% взрослых больных и у 72,3% детей, туберкулез выявляется в запущенной стадии и вследствие поздней диагностики туберкулезного поражения инвалидность имеют 52,3% больных.

3. Существующие методы диагностики ПЦР и ИФА имеют чувствительность 86,4% и специфичность анализа 88,6%; КТ - 89,1% (более чем 1,5 раза выше экскреторной урографии); МРТ – в 97,5%; УЗИ – в 70%; тест Xpert MTB/RIF и исследование цитокинов имеют более высокую чувствительность (89,9%).

4. Применение разработанного диагностического алгоритма в общей лечебной сети на амбулаторном и стационарном уровнях повысит раннюю выявляемость мочеполового туберкулеза всех больных с урогенитальной патологией и туберкулезную настороженность врачей.

5. Комплексная схема этиопатогенетической терапии мочеполового туберкулеза обеспечивает высокую эффективность лечения в 1,5 раза по сравнению с традиционной схемой, однако 60,2 % больных в возрасте от 18 до 49 лет трудоспособного возраста (мужчины при этом составили 60,3%) были клинически излечены оперативным вмешательством.

6. Способ резекции в модификации клиники обладает рядом преимуществ меньшая интраоперационная кровопотеря, снижение послеоперационных

осложнений, койко-дней в стационаре, периода восстановления трудоспособности, повышения качества жизни в 3 раза, снижения стоимости лечения на 25%.

7. У мужчин с туберкулезом бесплодие выявлено у 41 (23,2%), нарушение копулятивной функции выявлено у 31,6%, снижение либидо у 37,2% больных в возрасте 30-45 лет, Жалоб не имели только 2,5% из молодой возрастной группы до 30 лет. У 57% больных мужчин в спермограмме выявлена патоспермия, нормальные показатели отмечены у 33,3%, аспермия у 9,7%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Разработанный диагностический алгоритм позволяет врачам своевременно определить урогенитальный туберкулез, а также и неспецифические поражения почек и мочевыводящих путей.

- Рекомендуется включение Лонгидазы[®] в комплексное лечение больных с мочеполовым туберкулезом в сроки от 2 до 12 месяцев от начала химиотерапии по схеме: 3000 МЕ внутримышечно 1 раз в 3 дня курсом 12 инъекций с целью улучшения репаративных процессов в тканях почки и половых органов.

- Разработанная схема и длительность применения комплексной терапии и лазеротерапии в лечении нефротуберкулеза способствуют улучшению результативности лечения и профилактики рецидивов, осложнений.

- Предложенный метод реконструктивно-восстановительной операции туберкулезного микроцистиса, сокращает сроки пребывания больного в стационаре и приводит к полной реабилитации больного в послеоперационном периоде, существенно сокращая процент выхода таких больных на инвалидность и имея, таким образом, важное экономическое значение.

- Практикующим фтизиоурологам следует заострить внимание на то, что туберкулезный процесс в значительной степени негативно влияет на фертильность пациентов-мужчин. Разработанный нами комплекс лечения позволяет рекомендовать указанный вид терапии для внедрения во фтизиатрическую практику в качестве профилактических мероприятий нарушения фертильности.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Муканбаев К.** Ошибки диагностики туберкулеза мочевого пузыря. [Текст] / Муканбаев К., Алиев Т.Э. // Сб.науч.тр. «Туберкулез». – Бишкек. - 1993. – Том I. – С.75-77.

2. **Муканбаев К.** Состояние и эффективность фтизиоурологической помощи в Кыргызской Республике. // «О реформировании противотуберкулезной службы республики». – Бишкек. - 1996. - С.31-33.

3. **Муканбаев К.** Организация, цели и задачи фтизиоурологической помощи в Кыргызской Республике. // Сб.науч.тр. КГМА III Международной конференции урологов. Актуальные проблемы урологии. – Бишкек - 1998. – С.32-36.

4. **Кожомкулов Д.К.** Эпидемиологические показатели по внелегочному туберкулезу, меры ранней профилактики в Кыргызской Республике. [Текст] / Кожомкулов Д.К., Горелкин Л.А., Муканбаев К., Кожомкулов М.Д., Абдрахманова Э.Д. // Сб.науч.тр. «Туберкулез». – Бишкек. - 1998. – С.46-51.
5. **Муканбаев К.М.** Эффективность лечения туберкулеза различных локализаций на современном этапе. [Текст] / Муканбаев К., Алишеров А.Ш., Горелкин Л.А., Абдрахманова Э.Д. // Сб.науч.тр. «Туберкулез». – Бишкек. - 1998. – С.102-106.
6. **Муканбаев К.** Клинико-морфологическая характеристика туберкулезных эпидидимитов в условиях Кыргызской Республики. [Текст] / Муканбаев К., Чолокова Ж.К., Ситковский Г.В., Аكوпова В.А. // Сб.науч.тр. «Туберкулез». – Бишкек. - 1998. – С.167-171.
7. **Муканбаев К.** Варианты хирургического лечения больных при туберкулезе мочеочника. [Текст] / Муканбаев К., Муканбаев Н.К. // Сб. науч.тр. КГМА. Международная конференция хирургов. Актуальные проблемы хирургии. – 1999. – С.205-212.
8. **Муканбаев К.** Диагностика туберкулеза мочевого пузыря. // Сб.науч.тр. ин-та экологии «Окружающая среда и здоровье человека». – Бишкек. - 1999. – Том VII. – С.219-224.
9. **Муканбаев К.** Варианты клинико-морфологического течения нефротуберкулеза. [Текст] / Муканбаев К., Аكوпова В.А., Муканбаев Н.К. // Сб.науч.тр. ин-та экологии «Окружающая среда и здоровье человека». – Бишкек. - 1999. – Том VII. – С.231-235.
10. **Муканбаев К.** Современные принципы консервативного лечения нефротуберкулеза. [Текст] / Муканбаев К., Муканбаев Н.К. // Сб.науч.тр. КНИИОиР «Актуальные вопросы онкологии и радиологии». – Бишкек. - 1999. – С.298-300.
11. **Муканбаев К.** Хроническая почечная недостаточность у больных туберкулезом мочевой системы и ее коррекция. // Сб.науч.тр. КНИИОиР «Актуальные вопросы онкологии и радиологии». – Бишкек. - 1999. –С.300-304.
12. **Муканбаев К.** Значение молекулярно-биологических методов в диагностике мочеполового туберкулеза. [Текст] / Муканбаев К., Владимирский М.А., Шипина Л.К., Александров А.А // «Проблемы туберкулеза». – 2001. – № 4. – С.40-42.
13. **Муканбаев К.** Эпидемиологические особенности мочеполового туберкулеза в условиях Кыргызской Республики. // Туберкулез науч.тр. материалы Международ. конф. «Стратегия ДOTS в Кыргызстане». – Бишкек. - 2000. – С.34-37.
14. **Муканбаев К.** Нефрогенная гипертензия у больных нефротуберкулезом. // Туберкулез науч.тр. материалы Международ. конф. «Стратегия DOTS в Кыргызстане». – Бишкек. - 2000. – С. 116-122.

15. **Муканбаев К.** Неотложные состояния при туберкулезе мочеполовых органов. // III конгресс хирургов Кыргызстана. Хирургия рубежа XX и XXI веков. – 2000. – С.139-145.
16. **Тыныстанова Р.И.** Морфологические особенности туберкулеза центральной нервной системы. [Текст] / Тыныстанова Р.И., Акопова В.А., Муканбаев К., Власова Г.А., Жданова Е.А. // Пробл. туберкулеза. – 2001. №2. С.40-43.
17. **Муканбаев К.** Клинико-морфологическое течение нефротуберкулеза. [Текст] / Муканбаев К., Муканбаев Н.К. // Материалы IV съезда гигиенистов, эпидемиологов, паразитологов и инфекционистов Кыргызской Республики. – Бишкек. - 2002. – С.464-466.
18. **Mukanbaev K.** Urgent condition of urogenital tuberculosis // K. Mukanbaev.-VJU. 2002.v.90, supplement 2 PD 1.4-25 /26th congress of the societie Internacionale d Urologie.
19. **Mukanbaev K.** Tuberculosis urogenital system in children and teenagers. [Текст] /K. Mukanbaev //- VJU. 2002.v.90, supplement 2.p. 7-1.19 /26th congress of the societie Internacionale d Urologie.
20. **Муканбаев К.** Хирургическое лечение туберкулеза мочевой системы. [Текст] /К. Mukanbaev // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2003. – Том IX. – Приложение 4. – С.59-62.
21. **Кожомкулов Дж.К.** Полимеразная цепная реакция в диагностике внелегочного туберкулеза [Текст] / Кожомкулов Дж.К., Муканбаев К., Алишеров А.Ш. и др. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. 2005.–т.XI. приложение 5.–С. 44-46.
22. **Алишеров А.Ш.** Полимеразная цепная реакция (ПЦР) в диагностике внелегочного туберкулеза (ВЛТ) [Текст] / Алишеров А.Ш., Кожомкулов Дж.К., Гаипов Р.Г., Сыдыкова С.С., Дуденко Е.В., Муканбаев К., Кожомкулов М.Д., Разорилова С.П. // сб.науч.ст. XII Республиканской конференции фтизиопульмонологов. – Кишинев. – 2007. – С. 136-139.
23. **Муканбаев К.** Низкоинтенсивная лазеротерапия при туберкулезе мочевой системы // Вестник Кыргызко-российского славянского университета. – 2009. – Том 9, №10. – С. 115-117.
24. **Муканбаев К.** Рибоксин в комплексном лечении туберкулеза мочевой системы // Вестник Кыргызко-российского славянского университета. – 2009. – Том 9, №10. – С. 118-121.
25. **Кожомкулов Д.К** Особенности некоторых внелегочных форм хирургического туберкулеза [Текст] / Д.К. Кожомкулов, К.Муканбаев, М.Д. Абдиев, М.Д. Кожомкулов // Медицинские кадры XXI века. – 2011. – № 1. – С. 51 – 54.
26. **Муканбаев К.** Особенности клинического течения мочеполового туберкулеза у детей и подростков в Кыргызстане и в Сибири [Текст] / Муканбаев К.,

Кульчавеня Е.В., Ковешникова Е.Ю.// Медицина и образование в Сибири:эл.Ресурс.–2012-№ 4

27. **Кульчавеня Е.В.** Полихимиотерапия больных туберкулезом как причина нарушений эякуляции Сибири [Текст] / Кульчавеня Е.В., Медведев С.А., Зубань О.Н., Муканбаев К., Щербань М.Н., Осадчий А.В. // Туберкулез и болезни легких. - 2012. - №7 - С. 37-40.

28. **Муканбаев К.** Мочеполовой туберкулез у детей и подростков в Республике Кыргызстан [Текст] / Муканбаев К., Кульчавеня Е.В. // Туберкулез и болезни легких. - 2013. - № 9. С. 43-46.

29. **Кульчавеня Е.В.** Современные тенденции эпидемической ситуации по внеторакальному туберкулезу [Текст] / Кульчавеня Е.В., Краснов В.А., Скорняков С.Н., Муканбаев К., Зубань О.Н., Холтобин Д.П. // Туберкулез и болезни легких. - 2013. - № 12. С. 34-38.

30. **Кульчавеня Е. В.** Уротуберкулез у детей в регионах, неблагоприятных по туберкулезу [Текст] / Е. В. Кульчавеня, К. Муканбаев, И. И. Жукова // XIII конгресс РОУ; сборник трудов. – М.-2013. – С. 253.

31. **Кульчавеня Е. В.** Эпидемиология туберкулеза мочеполовой системы [Текст] / Е. В. Кульчавеня, К. Муканбаев, И. И. Жукова // XIII конгресс РОУ; сборник трудов. – М.-2013. – С. 254.

32. **Kulchavenya E.** Urogenital tuberculosis in children and adolescents in epidemic region.

/ E. Kulchavenya, K. Mukanbaev.// Urology 84(4 Suppl). Oct. 2014. – S. 271.

33. **Кульчавеня Е.В.** Мочеполовой туберкулез у детей и подростков [Текст] / Кульчавеня Е.В., Муканбаев К., Жукова И.И., Холтобин Д.П., Брыжатюк Е.В. // Экспериментальная и клиническая урология. - 2013. - № 1 - С. 88-91.

34. **Кульчавеня Е.В.** Мочеполовой туберкулез у детей и подростков в Сибири и Кыргызстане [Текст] / Кульчавеня Е.В., Муканбаев К., Холтобин Д.П., Брыжатюк Е.В. // Педиатрия. – 2014. – № 2. – С. 35 -38.

35. **Китаев М.И.** Цитокиновый профиль и цитокиновый баланс больных туберкулезом [Текст] / Китаев М.И., Дуденко Е.В., Сыдыкова С., Кожомкулов Д.К., Муканбаев К.М., Кожомкулов М.Д., Чонорова О.А. // Здравоохранения Кыргызстана, 2013.- № 1 – с. 26 – 28.

36. **Китаев М.И.** Динамика продукции цитокинов у больных внелегочными формами туберкулеза в процессе лечения [Текст] / Китаев М.И., Дуденко Е.В., Сыдыкова С., Муканбаев К.М., Кожомкулов Д.К. // Вестник Кыргызско – Российского Славянского университета. – 2014 – Том 14, № 4. – с. 98 – 100.

37. **Муканбаев К.** Хирургическое лечение туберкулезных эпидимитов и их морфологическая характеристика. // Хирургия Кыргызстана. – 2015. - № 3. – С. 28-32.

38. **Кадыров А.С.** Способ резекции почки [Текст] / Кадыров А.С., Муканбаев К., Алиев Т.Э., Суюмбаев У.З. (KG). – 1997.-30 декабря.- **6 с. (патент № 219)**.
39. **Муканбаев К.** Резекция почки при туберкулезном поражении [Текст] / Муканбаев К., Кадыров А.С., Усупбаев А.Ч. // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана – 2016. - №10 – С. 74-77.
40. **Муканбаев К.** Результаты обследования фертильности больных с туберкулезом мужских половых органов [Текст] / Муканбаев К., Усупбаев А.Ч., Стамбекова К.Н. // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана.–2016.- №10 – С 78-81.
41. **Кожомкулов Д. К.** Факторы задержки диагностики некоторых форм вне легочного туберкулеза [Текст] / Д. К. Кожомкулов, К. Муканбаев, Кожомкулов М. Д. и др. // Известия ВУЗов Кыргызстана – 2017. – № 1. – с. 44 – 47.
42. **Муканбаев К.** Анализ работы по выявлению, поздней диагностики и профилактики мочевого туберкулеза. [Текст] Муканбаев К., Кудайбердиев Т. // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана.–2017.- №7 – С. 95 - 98.
43. **Токтогонова А. А.** Характеристика лекарственной резистентности возбудителя туберкулеза в 2016 году. [Текст] / Токтогонова А.А., Муканбаев К., Чонорова О.А., Ким Т.М. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2017. №8 (часть 1) С. 73 – 77.
44. **Муканбаев К.** Экстренные операции при туберкулезе мочеполовой системы [Текст] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2017. - №8 (часть 2) – С. 272 - 275.
45. **Муканбаев К.** Туберкулез мочеполовой системы в сочетании с другими локализациями. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2017. - №9 - С. 69 - 73
46. **Муканбаев К.** Принципы ранней диагностики, клиника и лечение туберкулеза мочеполовой системы [Текст] / Муканбаев К., Муканбаев Н.К. – 2003. – 19 с. (метод. рекомендации).
47. **Муканбаев К.** Оперативные методы лечения и послеоперационное ведение больных туберкулезом мочевой системы. – 2003. – 23 с., (метод. рекомендации).

Муканбаев Касымбектин “Кыргыз Республикасында заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугу (эпидемиологиясы, клиникасы, дарт аныктоо жана дарылоо)” деген темадагы 14.01.23 - урология жана 14.01.16 – фтизиатрия адистери боюнча медицина илимдеринин доктору илимий даражасын коргоо үчүн жазылган диссертациясынын кыскача

КОРТУНДУСУ

Негизги сөздөр: уrogenиталдык кургак учук, эпидемиология, клиника, дарт аныктоо, дарылоо, фертилдүүлүк (бойго жеткендик), жашоо сапаты.

Изилдөөнүн объекти: Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугунан жабыркаган оорулууларды жана КРдин фтизиоурология кызматынын 1984-жылдан 2015-жылга чейинки өнүгүүсүн талдоо.

Изилдөөнүн максаты: Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугунан жабыркаган бейтаптарды дарылоонун жана КРдин шарттарында оорунун эпидемиологиясынын, клиникасынын, дарт аныктоонун жана дарылоонун өзгөчөлүктөрүн аныктоонун жана изилдөөнүн негизинде бейтаптардын жашоо сапатын жогорулатуу.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңычылдыгы: Кыргыз Республикасында 30 жыл аралыгында совет доорундагы саламаттык сактоонун көрсөткүчтөрү турукташып калганы жана кийинки коомдук-экономикалык кайра куруулар мезигилинде алардын начарлап бара жатканы белгиленет.

ЗЖМ кургак учугуна көп учурда, өзгөчө оорунун баштапкы стадияларында белгилери билинбей, торпиддик мүнөздө өтүүсү мүнөздүү: 35% симптомсуз, 48% - ЗЖМ сезгенме оорулары сымал, 15,7% - капыстан аныкталат. Бейтаптардын 20% субфебрилитет, 18% – АГ, 35,5% - дизурия, 49,6% - оорулар, 57% чоңдордо жана 72,3% балдарда УГКУ күчөп кеткен деңгээлинде аныкталган.

Дарт аныктоо ыкмаларынын маалыматтуулугу: ПЧР жана ИФА (сезгичтик 86,4%, спецификалуулук 88,6%), КТ - 89,1%, МРТ – 97,5%, УДИ - 70%.

Дарылоонун жогорку натыйжалуулугу жекече тандалган дарылоону жана хирургиялык кийлигишүүнү (60,2%) өз убагында колдонуу менен камсыздалат. Кургак учукка каршы комплекстүү дарылоодо Гиалуронидаза - Лонгидаза[®] препаратын колдонуу клиникалык натыйжалуулукту жогорулатат. Клиниканы модификациялоодо резекциялоо ыкмасын колдонуунун натыйжалуулугу жаракаттанууну, кабылдоолордун жыштыгын, к/д, эмгекке жарамсыздык мөөнөтүн 3-4 эсеге, дарылоо чыгымын 25-30% төмөндөтөрүн тактады.

ЗЖМКУну өз убагында аныктоо үчүн жалпы дарылоо тармактарында урогениталдык патологиялуу бардык оорулуулар үчүн дарт аныктоочу алгоритм сунушталган.

23,2% бейтаптан тукумсуздук аныкталган, 37,2% либидо төмөндөгөн, 15,1% ЭД, 13,6% эякуляциялоо тездеген, 57% спермограммасынан патоспермалар табылган, 33,3% норманын чегинде болгон, ал эми 9,7% аспермия аныкталган.

Автор тарабынан сунушталган комплекстүү дарылоо оорулууларды дарылоонун клиникалык натыйжалуулугун дарылоонун натыйжалуулук коэффициентин текшерүүчү топко салыштырмалуу 1,5 эсеге жогорулаткан ($P < 0,05$).

Колдонуу чөйрөсү: урология, фтизиоурология, андрология, хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Муканбаева Касымбека на тему: «Мочеполовой туберкулез в Кыргызской Республике (Эпидемиология, клиника, диагностика и лечение)» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.01.23 – урология и 14.01.16 – фтизиатрия

Ключевые слова: Урогенитальный туберкулез, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, фертильность, качество жизни.

Объект исследования: больные с туберкулезом мочеполовой системы и анализ развития фтизиоурологической службы КР с 1984 по 2015 гг.

Цель исследования: Повысить эффективность лечения и качества жизни больных мочеполовым туберкулезом на основе выявления и изучения особенностей эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения в условиях КР.

Полученные результаты и их новизна: в КР за 30 лет отмечена стабилизация показателей в период советского здравоохранения с последующим ухудшением в период выраженных социально-экономических преобразований.

Для туберкулеза МВС характерно, часто бессимптомное и торпидное течение, особенно в начальных стадиях заболевания: в 35% - бессимптомно, в 48% - под маской воспалительных заболеваний МПО, в 15,7% - выявляется случайно. У 20% отмечается субфебрилитет, у 18% – АГ, у 35,5% - дизурия, у 49,6% - боли, у 57% взрослых и у 72,3% детей УГТ выявляются в запущенной стадии заболевания.

Информативность методов диагностики: ПЦР и ИФА (чувствительность 86,4%, специфичность 88,6%), КТ - 89,1%, МРТ – 97,5%, УЗИ - 70%.

Высокая эффективность лечения обеспечивается индивидуальным подбором лечебных мер и своевременным применением хирургического вмешательства (60,2%). Препарат гиалуронидазы - Лонгидаза® повышает клиническую эффективность применения в комплексной противотуберкулезной терапии. Эффективность применения способа резекции в модификации клиники установила снижение травматичности, частоты осложнений, к/д, периода трудоспособности в 3-4 раза, стоимости лечения на 25-30%.

Для своевременного выявления МПТ рекомендован диагностический алгоритм в общей лечебной сети для всех больных с урогенитальной патологией.

Бесплодие выявлено у 23,2% больных, снижение либидо у 37,2%, ЭД у 15,1%, ускорение эякуляции у 13,6%, у 57% в спермограмме выявлены патоспермии, в пределах нормы у 33,3%, аспермия у 9,7%.

Комплексное лечение, предлагаемое автором приводит к повышению клинической эффективности лечения больных с коэффициентом эффективности лечения выше в 1,5 раза, нежели чем в контрольной (P<0,05).

Область применения: урология, фтизиоурология, андрология, хирургия

RESUME

Mukanbaev Kasymbek's dissertation on "Genitourinary tuberculosis in the Kyrgyz Republic (Epidemiology, Clinic, Diagnosis and Treatment)" for the degree of Doctor of Medical Sciences in specialties 14.01.23 - urology and 14.01.16 - phthisiatry

Keywords: Urogenital tuberculosis, epidemiology, clinic, diagnostics, treatment, fertility, quality of life.

Object of the study: patients with tuberculosis of the genitourinary system and analysis of the development of the phthisiourological service of the Kyrgyz Republic from 1984 to 2015

Objective: To increase the effectiveness of treatment and quality of life of patients with genito-urinary tuberculosis on the basis of identifying and studying the characteristics of epidemiology, clinic, diagnosis and treatment in the Kyrgyz Republic.

The obtained results and their novelty: in the KR for 30 years, the stabilization of indicators during the period of Soviet health care was noted with subsequent deterioration in the period of pronounced socioeconomic transformations.

For MVS tuberculosis, it is common, often asymptomatic and torpid current, especially in the initial stages of the disease: 35% - asymptomatic, 48% - under the mask of inflammatory diseases MPO, in 15.7% - randomly. 20% have subfebrile condition, 18% have hypertension, 35.5% have dysuria, 49.6% have pain, 57% of adults and 72.3% of children have CCS in the advanced stage of the disease.

Informativeness of diagnostic methods: PCR and ELISA (sensitivity 86,4%, specificity 88,6%), CT - 89,1%, MRI - 97,5%, ultrasound - 70%.

High efficiency of treatment is provided by individual selection of medical measures and timely application of surgical intervention (60.2%). The preparation of hyaluronidase - Longidase ® increases the clinical effectiveness of the use in complex antituberculous therapy. The effectiveness of the method of resection in the modification of the clinic established a reduction in trauma, the frequency of complications, c / d, the period of ability to work 3-4 times, the cost of treatment by 25-30%.

For timely detection of MAT, a diagnostic algorithm is recommended in the general treatment network for all patients with urogenital pathology.

Infertility was detected in 23.2% of patients, a decrease in libido in 37.2%, ED in 15.1%, acceleration of ejaculation in 13.6%, 57% in the spermogram revealed pathospermia, within the limits of the norm in 33.3%, aspermia in 9.7%.

Complex treatment proposed by the author leads to an increase in the clinical efficacy of treatment of patients with a treatment efficacy ratio of 1.5 times higher than in the control ($P < 0.05$).

Scope: urology, phthisiourology, andrology, surgery.