

ДИЗУРИЯ ВО ФТИЗИОУРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ: ОТ СИНДРОМА К ДИАГНОЗУ

Скорняков С.Н., Бородин Э.П., Новиков Б.И., Медвинский И.Д., Бердников Р.Б., Арканов Л.В., Бобыкин Е.Н., Вербецкий А.Ф.

ФГБУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития РФ, г. Екатеринбург

DYSURIA IN THE PHTISIO-UROLOGIC DEPARTMENT: FROM THE SYNDROME TO THE DIAGNOSIS

Skornyakov SN, Borodin EP, Novikov BI, Medvinsky ID, Berdnikov RB, Arkanov LV, Bobykin EN, Verbetsky AF

Urals Research Institute for Phthisiopulmonology, Ekaterinburg

Резюме: В статье проводится анализ исследования 327 пациентов с патологией органов мочеполовой системы, находившихся на стационарном лечении в отделении урогенитального туберкулеза ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России. Приводится структура нозологических форм, сопровождающихся дизурическим синдромом, объем проводимых диагностических исследований в зависимости от этапа оказываемой помощи и клиническая тактика врача-уролога. Авторы предлагают оптимизированный вариант трех уровневого обследования пациентов с дизурическим синдромом в зависимости от этапа оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: дизурический синдром, туберкулез мочеполовых органов, фтизиоурология, туберкулезный уретерит.

Summary: The article analyzes the study 327 patients with pathology of the urogenital system, who were hospitalized in department of genitourinary tuberculosis of Urals Research Institute for Phthisiopulmonology. The structure of entities that are accompanied by disuria syndrome, the volume of diagnostic tests carried out

according to the phase of care and clinical tactics urologist. The authors propose an optimized version of the three-tiered evaluation of patients with the disuria syndrome depending on the stage of care.

Key words: disuria syndrome, tuberculosis of urogenital system, phthi-siourology, tuberculous uretheritis.

Введение: Дизурия, проявляющаяся в различных её формах, - синдром, за которым кроется разнообразная патология неспецифического и специфического генеза. Может быть следствием затруднения мочеиспускания при сдавливании мочеиспускательного канала гематомой, опухолью, увеличенной предстательной железой, при закупорке камнем и др., а также в результате функциональных расстройств при заболеваниях нервной системы (спазм и др.). Стойкая дизурия наблюдается примерно у половины больных туберкулезом мочеполовых органов и чаще всего связана со «спазмом» детрузора; при вовлечение в процесс мочеточника (туберкулезный уретерит) – отмечается в 1,6 раза чаще [1]. Расстройства мочеиспускания, не угрожая жизни больных, вызывают тяжелые физические и моральные страдания, обусловленные тяжелой физической травмой, сексуальным конфликтом, развитием невроза и неврастении [2].

Раннее распознавание этой патологии влияет на тактику лечения и его результаты. Диагностическая тактика при различных формах дизурии зависит от профильности стационара и его технической оснащённости.

Целью нашего исследования явилась оценка структуры нозологических форм, обуславливающих синдром дизурии, и оптимизация диагностического алгоритма обследования больных с дизурией во фтизиоурологическом стационаре.

Материалы и методы:

Настоящее исследование основано на изучении клинических данных 327 больных с различной патологией органов мочеполовой системы, которые находились в отделении урогенитального туберкулёза ФГБУ «УНИИФ» Минздрав-

соцразвития РФ. Из них у 109 (33,3%) имела место стойкая дизурия в различных её формах (поллакиурия – учащенное мочеиспускание, странгурия – затрудненное мочеиспускание в сочетании с учащением и болью). При этом соотношение женщин и мужчин было примерно одинаковым: 55 женщин и 54 мужчины.

Пациенты с синдромом дизурии были направлены в УНИИФ в подавляющем большинстве случаев (89,9%) с амбулаторных приёмов общей лечебной сети (ОЛС), остальные - из районных противотуберкулёзных диспансеров, с подозрением на туберкулёз органов мочеполовой системы. Больные наблюдались в ОЛС со следующими диагнозами: хронический неспецифический пиелонефрит - 20% случаев, хронический неспецифический цистит - 42%, хронический простатит – 10%, доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – 28%.

На амбулаторном этапе при первичном обследовании у этих больных были собраны жалобы и анамнез заболевания, выполнены общий анализ мочи и бактериологическое исследование ее на неспецифическую микрофлору, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря, проведена синдромная терапия, направленная на уменьшение болезненных явлений.

На стационарном этапе, в условиях специализированного отделения всем поступившим больным на фоне стандартного общеклинического исследования выполнены посевы мочи на МБТ, ПЦР мочи на выявление ДНК микобактерий туберкулёза, УЗИ почек и мочевого пузыря, у мужчин - УЗИ предстательной железы. Кроме того выполнялась уретроцистоскопия и (при отсутствии противопоказаний) - экскреторная урография. Весь этот комплекс обследования мы относим к *базовому* уровню диагностики.

Результаты.

Выполненный стандарт обследования позволил выявить причины дизурии у 90,8% пациентов. При этом отмечены существенные различия у мужчин и женщин. Структура нозологических форм, лежащих в основе дизурии у муж-

чин и женщин, была следующей: у мужчин - доброкачественная гиперплазия предстательной железы (27 чел.), хронический простатит (22 чел.), туберкулёз мочеполовых органов (5 чел.). У женщин - хронический цистит (25 чел.), хронический цистит с лейкоплакией мочевого пузыря (19 чел.), гинекологические заболевания (хронические аднекситы, эндометриоз) – у 11 человек.

При проведении базового уровня диагностики в подавляющем большинстве случаев (90,8%) дизурия как синдром превратилась в реальное заболевание. Однако у 10 (9,2%) больных (все - женщины) причина дизурии осталась неясной. У этих больных цистоскопическая картина была крайне скудной, хотя во всех случаях присутствовали дизурические расстройства той или иной степени выраженности. При эндоскопическом контроле слизистая мочевого пузыря была либо неизменённой, либо имела её умеренная гиперемия. Вполне вероятно, что всем этим пациенткам можно было поставить диагноз цисталгии, которая встречается, по данным В.В. Кана, в 10-15% случаев от общего количества урологических больных. Заболеванию подвержены женщины, преимущественно в возрасте от 20 до 45 лет. До настоящего времени не выявлены многие стороны этиологии и патогенеза заболевания, что ведет к неправильной трактовке симптомокомплекса и патогенетически необоснованной терапии. Можно предположить, что в ряде случаев под маской цисталгии скрывается недиагностируемая органическая патология верхних мочевых путей, которая и была заподозрена у этой группы пациенток на основании интерпретации данных экскреторных урограмм.

Все эти изменения мы условно разделили на 4 группы. В первую группу вошли пациенты с полостными образования почек, связанных с бокалами - 3 случая, во вторую - с подозрением на туберкулезный папиллит верхнего бокала почки (1 случай), в третью – с подозрением на рентген негативный камень нижнего бокала почки (1 случай) и в четвертую – с подозрением на патологию мочеточника (5 случаев).

Для того, чтобы окончательно поставить диагноз во всех перечисленных случаях, мы использовали методики мультиспиральной компьютерной томо-

графии (МСКТ) с усилением и рентгеноэндоскопии мочеточника и почки с использованием уретерофиброскопа FLEX- X2 фирмы KARL STORZ. Методика уретеропиелонефроскопии была внедрена и активно используется в нашей клинике с 2009 г. Она позволяет визуально оценить степень патологических изменений в верхних мочевыводящих путях, а благодаря большому углу отклонения 270 град. вверх и 270 град. вниз, делает возможным доступ ко всему почечному тракту, включая нижние почечные чашечки, и позволяет взять материал для бактериологического, патоморфологического, иммуногистохимического исследования. Данный комплекс обследования относится к уровню высокотехнологичной медицинской помощи.

Результаты диагностики с использованием МСКТ и уретеропиелонефроскопии с морфологическим и бактериологическим исследованием были следующими. В первой группе во всех случаях выявлены дивертикулы бокалов почки. Основанием для диагноза явились визуальная оценка стенки дивертикула, а также её морфологическое исследование (рис.1).

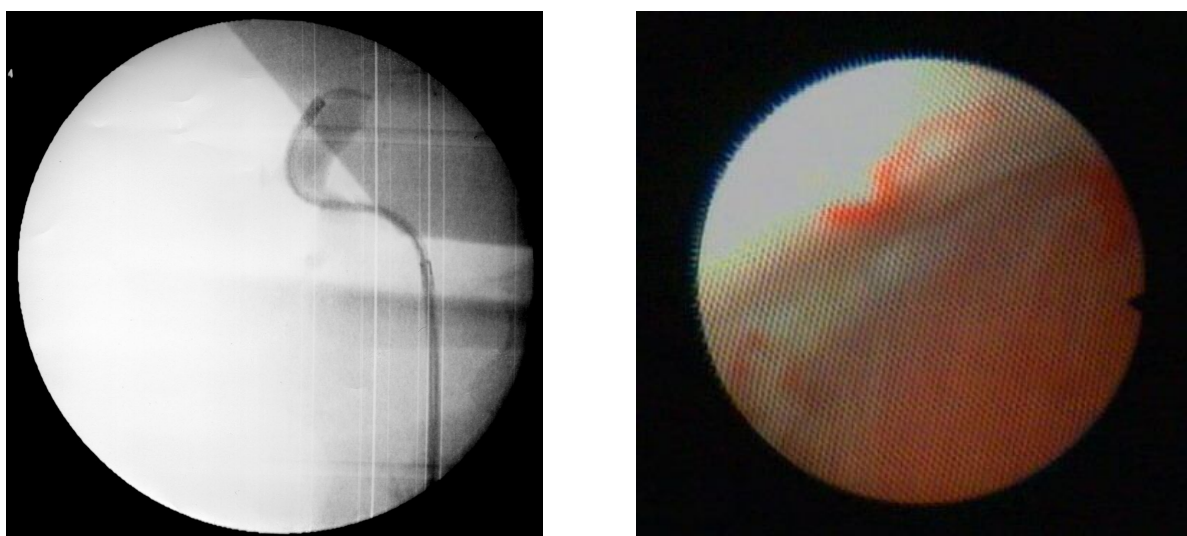


Рисунок 1- Дивертикулы бокалов почки

Во второй группе, по результатам биопсии сосочка, цитологического и молекулярно-генетического исследований, диагноз туберкулёзного папиллита был снят (рис.2).



Рисунок 2 – Хронический воспалительный процесс в активной фазе воспаления (пиелонефрит)

В третьей группе обнаружен камень почки (рис.3).

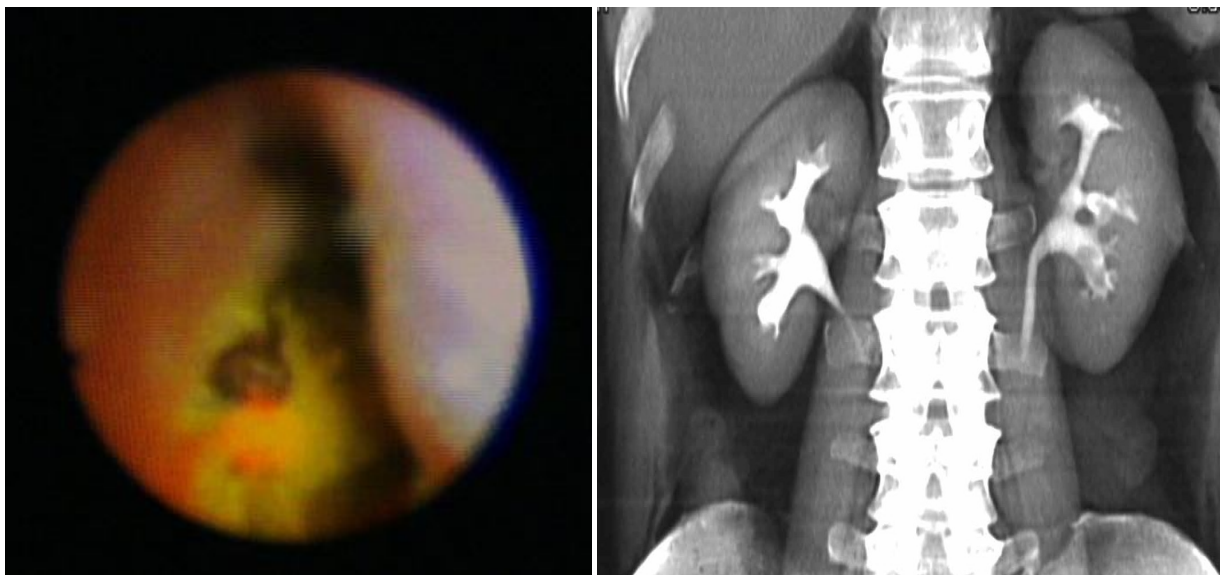


Рисунок 3 – Рентгенонегативный конкремент нижнего бокала почки

Этой больной произведена контактная лазерная литотрипсия с использованием гольмиевого лазера фирмы KARL STORZ. В четвёртой группе в 1 случае обнаружен камень верхней трети мочеточника, в трех (при морфологическом исследовании) – неспецифические и в одном случае специфический уретериты с формированием стриктур мочеточника (гистологическое заключение: круп-

ные очаги некроза (казеозного) с нейтрофильным расплавлением, валом и эпителиоидными клетками (ЭК), лимфоцитов по периферии). Больным с неспецифическими и туберкулезной стриктурами была произведена баллонная дилатация стриктур со стентирование мочеточников и 1больной (с камнем мочеточника) - контактная лазерная литотрипсия с использованием гольмиевого лазера фирмы KARL STORZ. В ближайшем послеоперационном периоде мы отмечали значительное уменьшение или полное исчезновение синдрома дизурии.

Таким образом, диагностический алгоритм обследования больных дизурией нам представляется следующим образом;

1. Амбулаторный этап
2. Стационарный этап (специализированная медицинская помощь):
 - а) базовый уровень
 - б) уровень высокотехнологичной медицинской помощи

На амбулаторном этапе устанавливается предварительный диагноз, лежащий в основе дизурии, с которым больной направляется в стационар. На стационарном этапе, применяя базовый уровень диагностических мероприятий, подавляющему большинству больных устанавливается окончательный диагноз, определяющий ту или иную форму дизурии. Правомочность представлений о выявленной патологии как причине дизурии подтверждается результатами проведенной терапии. И, наконец, на стационарном этапе, применяя уровень высокотехнологичной медицинской помощи, мы находим органическую патологию в верхних мочевых путях, которая, возможно, явилась причиной дизурии у оставшихся 9,2% пациентов. Наше предположение подтверждается результатами проведенной терапии.

Обладая современным высокотехнологичным оборудованием, мы просто обязаны поставить диагноз во всех неясных случаях, найти субстрат, и тогда пациенты не будут уходить от нас без диагноза.

Выводы:

Цель нашего исследования - оценка структуры нозологических форм, обуславливающих синдром дизурии, и оптимизация диагностического алгоритма обследования больных с дизурией во фтизиоурологическом стационаре – была достигнута. Применение комплекса обследования, относящегося к уровню высокотехнологичной медицинской помощи, а именно МСКТ с усилением и рентгеноэндоскопии мочеточника и почки с использованием уретерофиброскопа FLEX- X2 фирмы KARL STORZ, позволяет визуально оценить степень патологических изменений в верхних мочевыводящих путях. Более того методика позволяет взять материал для бактериологического, патоморфологического, иммуногистохимического исследования. Данный комплекс обследования позволяет в 100% случаев установить причину дизурии и оптимально определить дальнейшую тактику ведения больного.

Литература

1. Меркурьева Я.А. Особенности диагностики и лечения, впервые выявленного нефротуберкулеза, осложненного развитием туберкулезного уретерита. Автореф. дис.... канд. мед. наук. – М.,2009. – 28 с.
2. Расстройства мочеиспускания. Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, З.К. Гаджиева. Практическое пособие.