

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Рашидов Зафар Рахматуллаевич¹, Алиджанов Сарвар Кашипович²

1 - Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Джизакский филиал Центра развития профессиональных квалификаций медицинских работников, Республика Узбекистан, г. Джизак

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА УРОГЕНИТАЛ СИЛНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

Рашидов Зафар Рахматуллаевич¹, Алиджанов Сарвар Кашипович²

1 - Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Жиззах филиали, Ўзбекистон Республикаси, Жиззах ш.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF UROGENITAL TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH DIABETES

Rashidov Zafar Rakhmatullaevich¹, Alidjanov Sarvar Khashipovich²

1 - Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Jizzakh branch of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Republic of Uzbekistan, Jizzakh

e-mail: info@tpi.uz

Резюме. Пастки сийдик йўллариининг дисфункцияси ривожланишида учта кетма-кет босқичдан ўтади: латент, гиперактив қовуқ босқичи, гиперактив қовуқ босқичи. Қандли диабетнинг клиник кечишининг бундай табиати унинг патогенези билан боғлиқ: дастлабки гиперактивлашган детрузор декомпенсацияга ўзгаради ва унинг қисқариши қобилияти пасаяди. Қандли диабет кўпинча бирга келади ва бир-бириги асоратлантиради.

Калит сўзлар: уrogenитал сил, қандли диабет, ПБХГ, ТУР.

Abstract. Diabetic dysfunction of the lower urinary tract in its development passes through three stages: latent, the stage of overactive bladder and the stage of hypoactive bladder. This nature of the clinical course of diabetes is due to its pathogenesis: the initial overcompensation of the detrusor is replaced by decompensation and a decrease in its contractile activity. Diabetes is often combined with pulmonary tuberculosis and mutually aggravate each other

Key words: urogenital tuberculosis, diabetes, PBH, TUR.

Актуальность. Нарушения функции нижних мочевых путей являются частыми осложнениями сахарного диабета (СД). Расстройства мочеиспускания выявляют, по разным оценкам, у 43—87% СД 1 типа и у 25—30% больных СД 2 типа, получающих пероральную сахароснижающую терапию [1]. Для обозначения нарушений со стороны нижних мочевых путей при СД предложен термин «диабетическая цистопатия» (ДЦ), который впервые употребил датский уролог С. Frimodt-Moller в 1976 г. [2].

В 1976 г. С. Frimodt-Moller описал «классическую» уродинамическую триаду признаков ДЦ: уменьшение чувствительности с увеличением емкости мочевого пузыря, нарушение сократимости детрузора и увеличение количества остаточной мочи, а в качестве причины их появления назвал гипоактивность мочевого пузыря [3].

В тоже время диабетическая дисфункция нижних мочевых путей в своем развитии проходит последовательно три стадии: латентную, стадию гиперактивности мочевого пузыря и стадию гипоактивности мочевого пузыря. Такой характер

клинического течения ДЦ обусловлен ее патогенезом: начальная гиперкомпенсация детрузора сменяется декомпенсацией и снижением его сократительной активности [1].

СД часто сочетается с туберкулезом легких и взаимноотягощают друг друга [4].

Целью настоящего исследования явилось изучение характера клинических проявлений урогенитального туберкулеза у больных сахарным диабетом.

Материал и методы. Проанализированы данные 65 больных СД с различными формами урогенитального туберкулеза находившихся в клинике РСНПМЦФиП МЗ РУз. Средний возраст составил 63,3±4,2 года. Среди наблюдавшихся пациентов были 18 (43,1%) мужчин и 37(56,9%) женщин. Из 18 мужчин у 11 (61,1%) наблюдалась доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Давность заболевания СД в среднем составила 11,1±4 года. Всем пациентам проводили комплексное урологическое обследование. Наличие, вид и выраженность дисфункции нижних мочевых путей оценивали по данным

анамнеза и жалоб пациентов, результатам физического обследования, дневников мочеиспускания пациентов, УЗИ почек, мочевого пузыря, объема остаточной мочи, данных цистоскопии. Основанием для установки диагноза неспецифической ИМТ служили следующие критерии: наличие симптомов ИМТ, лейкоцитурия и неспецифическая бактериурия, выявляемые при помощи микроскопии мочи, результаты бактериального посева мочи на неспецифическую флору, исследование мочи на микобактерии туберкулеза (МБТ): микроскопия мочи по Циль-Нильсену, посев на специальные среды с помощью системы Vactec MGIT 960, а также молекулярно-генетические методы на аппарате GeneXpert и Hain test.

Полученные в ходе исследования результаты статистически обработаны с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office 2007.

Результаты и их обсуждение. Среди наблюдаемых нами 65 больных с СД те или иные жалобы на нарушения со стороны нижних мочевых путей предъявляли все 100% пациентов. У всех обследованных больных наблюдалась лейкоцитурия. Неспецифическая ИМТ диагностирована у 50 (76,9%), хроническая почечная недостаточность (ХПН) - у 56 (86,1%), обструкция верхних мочевых путей - у 16 (24,6%) больных. Симптомы нижних мочевых путей — учащение мочеиспускания, императивные позывы на мочеиспускание, urgentное недержание мочи наблюдались у 6 (9,2%) пациентов, хроническая задержка мочи (ХЗМ) имела место у 13 (20%) больных. *Mycobacterium tuberculosis* выявлены у 15 (23,1%) пациентов. При эндоскопическом обследовании язвенное поражение мочевого пузыря наблюдалось у 16 (24,6%) пациентов. Выраженная макрогематурия имела место в 3 (4,6%) наблюдений. Все пациенты получали специфическую химиотерапию согласно клиническим стандартам, утвержденных Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан. Наличие ХПН осложняло лечение у данной категории больных. Наличие выявленной патологии отразилось на видах и объемах хирургического лечения, которая была выполнена у 33 (50,8%) из 65 пациентов. Следует указать, что в ряде случаев требовалось повторное выполнение оперативных вмешательств. Так, для разрешения обструкции верхних мочевых путей выполнено стентирование мочеточников у 12 (36,4%) пациентов, перкутанная нефростомия — у 5 (15,1%), при ХЗМ у мужчин проведена перкутанная цистостомия - в 7 (21,2%),

трансуретральная резекция (ТУР) простаты и электрокоагуляция язв мочевого пузыря – в 9 (27,3%) наблюдениях. В 3-х наблюдениях потребовалось повторное ТУ электрокоагуляция кровоточащих язв мочевого пузыря вследствие повторной массивной макрогематурии на фоне ХЗМ.

Заключение. Таким образом, у больных СД с дисфункцией мочевого пузыря и урогенитальным туберкулезом клиническое течение взаимно отягощает друг друга. Длительная давность СД отражается на тяжести клинических проявлений в виде ХПН, обструкции верхних мочевых путей, ХЗМ, язвенного поражения мочевого пузыря, неспецифической ИМТ. У больных с урогенитальным туберкулезом с СД «классическая» ДЦ наблюдалась в 20% наблюдений.

Литература:

1. Кузьмин И.В., Шабудина Н.О., Аль-Шукри А. С. Симптоматика и клиническое течение цистопатии у больных сахарным диабетом 2 типа// Сахарный диабет. 2013;(2):73-76
2. Moller CF. Diabetic cystopathy. A clinical study of the frequency of bladder dysfunction in diabetics. Dan Med Bull. 1976 Dec;23(6):267-278.
3. Frimodt-Moller C. Diabetic cystopathy. The urodynamic and clinical features of neurogenic bladder dysfunction in diabetes mellitus. Dan Med Bull. 1978 Feb;25(2):49-60.
4. Горшков И.П., Волынкина А.П., Мананникова В.И. Сахарный диабет и туберкулез: факторы взаимного отягощения // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 5. С. 69-70.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Рашидов З.Р., Алиджанов С.К.

Резюме. *Диабетическая дисфункция нижних мочевых путей в своем развитии проходит последовательно три стадии: латентную, стадию гиперактивности мочевого пузыря и стадию гипоактивности мочевого пузыря. Такой характер клинического течения ДЦ обусловлен ее патогенезом: начальная гиперкомпенсация детрузора сменяется декомпенсацией и снижением его сократительной активности. СД часто сочетается с туберкулезом легких и взаимно отягощают друг друга*

Ключевые слова: *урогенитальный туберкулез, сахарный диабет, ДППЖ, ТУР.*