

ШКОЛА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА ПО ВНЕЛЕГЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ

В конце февраля 2015 года по инициативе главного внештатного специалиста фтизиатра Департамента здравоохранения города Москвы Е.М. Богородской прошла первая городская Школа практического врача по внелегочному туберкулезу.



Профессор О.Н. Зубань открывает школу

Тематика школы вызвала большой интерес у клиницистов г. Москвы. В конференц-зале клиники № 2 МНПЦ борьбы с туберкулезом на улице Барболина, дом 3 собралось более 100 врачей разных специальностей: фтизиатров, хирургов, терапевтов, неврологов, эндоскопистов, патологоанатомов из московских поликлиник, стационаров и филиалов Центра борьбы с туберкулезом.

Организовал и провел первую в ежемесячном цикле школу заместитель главного врача по медицинской части МНПЦ борьбы с туберкулезом профессор **О.Н. Зубань**. Во вступительном слове он отметил важность темы для клиницистов всех специальностей, остановился на некоторых особенностях статистики: «Невысокий показатель заболеваемости внелегочным туберкулезом в России имеет ограниченную достоверность. Выявление этих процессов зависит от соответствующих знаний специалистов общей лечебной сети и квалификации фтизиатров противотуберкулезных учреждений». Олег Николаевич также коснулся вопроса структуры заболеваемости внелегочным туберкулезом: «В нашей клинике при диссеминированном туберкулезе мы обнаружили туберкулез внелегочных локализаций у 38 из 169 пациентов, при туберкулезе ВГЛУ – у 14 из 22. Но при цирротическом туберкулезе легких (80 больных) туберкулез внелегочных локализаций мы не наблюдали ни разу. В Москве заболеваемость внелегочным туберкулезом на протяжении последних 3–4 лет сохраняется стабильной и составляет

4,4% среди всех больных туберкулезом. Структура заболеваемости внелегочным туберкулезом в столице такова: 33% – туберкулез костей и суставов, 15,3% – туберкулез мочеполовой системы, 16,2% – туберкулез мозговых оболочек и ЦНС, 17,2% – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов».

Лекция О.Н. Зубаня, много лет занимающегося хирургическим лечением урологических больных в туберкулезном стационаре, была посвящена туберкулезу мочеполовой системы. По его многолетнему клиническому опыту, интервал от первых симптомов туберкулеза мочеполовой системы до обращения пациента к урологу-фтизиатру у каждого пятого больного составляет пять и более лет. По мнению О.Н. Зубаня, сегодня признаки туберкулеза перестали быть классическими: туберкулезу почек, например, нередко сопутствует пиелонефрит. Но при стерильной пиурии в первую очередь должен быть исключен туберкулез. Проведя анализ наиболее частых признаков туберкулеза мочеполовой системы, О.Н. Зубань подчеркнул, что ведущим методом его скрининговой диагностики является рентгенологическое исследование, хотя туберкулез почечной паренхимы подтверждается только бактериологически. Причина несвоевременного выявления туберкулеза мочеполовой системы заключается в низкой настороженности относительно туберкулеза терапевтов и урологов поликлиник, неоптимальной терапии мочеполовых инфекций и отсутствии в стандартах бактериологического исследования диагностического материала на микобактерии туберкулеза.

Профессор О.Н. Зубань продолжил: «Если раньше сочетание злокачественных опухолей и туберкулеза одного органа считалось редкостью, то сегодня врачи МНПЦ борьбы с туберкулезом видят это нередко (хотя на предполагаемом антагонизме этих патологий во всем мире основано лечение поверхностного рака мочевого пузыря вакциной БЦЖ). В завершение лекции докладчик представил богатый клинический материал, оценив все используемые в урологическом отделении клиники № 2 методы диагностики: от бактериоскопии мочи и иного диагностического материала до компьютерной томографии. Врачи познакомились с клинико-рентгенологической картиной туберкулеза мочеполовой системы: туберкулезного папиллита, каверн

почек, туберкулезного пионефроза, туберкулезного микроцистиса, туберкулеза предстательной железы, семенных пузырьков, туберкулеза мочеточников. Для многих присутствующих такое многообразие локализаций и проявлений заболевания было открытием, что показали вопросы лектору. Но это было только началом погружения в обширную тему внелегочного туберкулеза.

О текущей ситуации по нейротуберкулезу рассказал профессор кафедры неврологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова **А.А. Савин**. Свою лекцию он посвятил светлой памяти Юрия Константиновича Хохлова – профессора-невролога, много лет проработавшего во фтизиатрии. В лекции был обобщен опыт, накопленный московскими неврологами за годы работы в туберкулезном стационаре: «Когда 20 лет назад мы пришли в туберкулезную больницу № 7 (ныне клинику № 2 МПНЦ борьбы с туберкулезом), то ожидали увидеть описанные в учебниках формы туберкулеза нервной системы: туберкулезный менингит, спондилит, туберкуломы головного мозга. Но таких поражений оказалось немного. Чаще всего встречались острая токсическая энцефалопатия, поражения периферической нервной системы, зрительного нерва при тяжелых формах туберкулеза. Было много больных в сопоре, в коме, с рассеянной неврологической симптоматикой. У 30% больных туберкулезом проводили дифференциальный диагноз с туберкулезным менингитом. Нередко у этих больных развивался синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания с развитием отека головного мозга, с синдромом полиорганной недостаточности».

Особый интерес аудитории вызвала та часть доклада А.А. Савина, в которой он рассказал о поражении нервной системы при сочетании ВИЧ-инфекции и туберкулеза: «Картина нейротуберкулеза абсолютно изменяется при прогрессировании ВИЧ-инфекции. У таких пациентов преобладают специфический менингоэнцефалит, спондилит, церебральный токсоплазмоз с клиникой энцефалита, цитомегаловирусная инфекция с клиникой венрикуло-энцефалита, хориоретинита и полинейропатии, опухолевыми поражениями ЦНС, такими как лимфома».

«Еще пять-семь лет назад вызов невролога в хирургическое отделение туберкулезного стационара был редкостью, – продолжил А.А. Савин. – Сегодня у хирургических больных клиники № 2 с коинфекцией ВИЧ/туберкулез туберкулезный менингоэнцефалит встречается достаточно часто. Мы обнаруживаем микобактерии в ликворе, выявляем при компьютерной и магнитно-резонансной томографии явления энцефалита. У 10% больных с туберкулезным менингоэнцефалитом возникает туберкулезный абсцесс. Поэтому мы рекомендуем этой категории пациентов до люмбальной пункции делать КТ головного мозга». Далее профессор обратил особое внимание врачей на то, что молодые пациенты с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в общей лечебной сети нередко длительно получают лечение по поводу предполагаемого остеохондроза позвоночника, тогда как у них прогрессирует туберкулезный спондилит.

На основании своих клинических наблюдений А.А. Савин показал, что дисциркуляторная энцефалопатия и инсульты у больных туберкулезом в пожилом и старческом возрасте протекают с менее выраженными клиническими проявлениями, чем у больных без туберкулеза. Как правило, у них нет сосудистого паркинсонизма, деменции, реже наблюдается очаговая неврологическая симптоматика, что, возможно, связано с адаптацией мозга больных туберкулезом к длительной гипоксии.

А.А. Савин представил классификацию неврологической патологии при туберкулезе, признанную фтизиатрами. Неврологические осложнения при туберкулезе разделены в ней на пять групп:

- 1) поражения нервной системы, связанные с туберкулезом;
- 2) неспецифические поражения нервной системы при туберкулезе, связанные с интоксикацией, гипоксией, нарушением системы гемостаза;
- 3) остаточные явления перенесенного туберкулеза;
- 4) поражения нервной системы, возникающие в процессе лечения;
- 5) сочетанное поражение нервной системы при ко-инфекции ВИЧ/туберкулез.

Заведующая патологоанатомическим отделением МПНЦ борьбы с туберкулезом кандидат медицинских наук **Ю.Р. Зюзя** подробно остановилась на патогенезе и патологической анатомии внелегочного туберкулеза. Из почти 3000 секционных исследований внелегочный туберкулез одного органа был диагностирован в 1,2% случаев. Чаще всего это был туберкулез мочеполовой системы, ЦНС, костей и суставов, а также кишечника. Генерализованный туберкулез, поражающий почти все органы и системы, наблюдали в 7% случаев. Таким образом, внелегочный туберкулез (изолированный и генерализованный) в совокупности выявлен почти у 10% погибших от туберкулеза и ко-инфекции ВИЧ/туберкулез пациентов.

Ю.Р. Зюзя обратила внимание врачей на факторы развития внелегочного туберкулеза: подростковый и старческий возраст, травмы соответствующих органов, иммунодефицитные состояния, в частности, ВИЧ-инфекция, проведение иммуносупрессивной терапии, осенне-весенний период. Как и О.Н. Зубань, она высказала мнение о нередком затягивании диагностики в связи с низким уровнем настороженности врачей общей лечебной сети в плане туберкулеза и погрешностей при сборе анамнеза. И напомнила коллегам старое правило: «Получил стерильный гной – подозревай туберкулез!»

Остановившись на путях распространения туберкулеза в организме человека (гематогенном, лимфогенном, контактном), Ю.Р. Зюзя представила слушателям наглядный морфологический материал. Особое внимание она обратила на особенности туберкулезного менингоэнцефалита при ВИЧ-инфекции, при котором поражаются не только базальные отделы головного мозга, но и его поверхности: вплоть до того, что при вскрытии структура мозга имеет желтовато-зеленоватый оттенок, вид «гнойного чепчика», как при банальном гнойном менингите. Ликвор при этом также имеет гнойный характер. В этом случае только окраска материала по Цилю-Нельсену дает возможность диагностировать туберкулезный менингоэнцефалит или менингит. Лектором представлены также патологоанатомические наблюдения туберкулеза кишечника, туберкулезного перитонита, кишечной непроходимости вследствие туберкулезной патологии толстой кишки, туберкулезного мезаденита, туберкулеза брюшины, печени, мочеполовой системы, плаценты и других органов.

В заключение слушателей ждал насыщенный клиническими наблюдениями доклад хирурга клиники № 2 кандидата медицинских наук **М.С. Скопина** «Туберкулез органов брюшной полости». М.С. Скопин начал свой обзор со статистики: «В России доля туберкулеза брюшной полости составляет сегодня от 3 до 16% среди прочих его внелегочных локализаций, и из-за трудности диагностики больных выявляют, как правило, на поздних этапах. У пациентов с ВИЧ-инфекцией туберкулез брюшной полости занимает третье место после туберкулеза внутригрудных и периферических лимфатических узлов: это туберкулез кишечника, брюшины, реже печени и селезенки».

Нередко внелегочный туберкулез, например, туберкулез селезенки, печени, обнаруживают у пациентов с положительной динамикой туберкулеза легких. М.С. Скопин остановился и на диагностике туберкулеза органов брюшной полости, отметив, что она трудна: заболевание не имеет патогномичных клинических проявлений и, как правило, маскируется под вид других хронических заболеваний брюшной полости. «Мы используем трехступенчатый алгоритм диагностики, – продолжил М.С. Скопин. – Сначала выделяем группы риска: как правило, это больные с туберкулезом органов дыхания, ВИЧ-инфекцией или получающие иммуносупрессивное лечение. Далее выделяем клинические признаки: болевой синдром, нарушение стула, кишечное кровотечение, асцит, опухолевые образования брюшной полости. И присоединяем стандартные методы обследования: обзорную рентгенографию органов брюшной полости, которая в 90% случаев помогает выявить распространенный абдоминальный процесс. При УЗИ брюшной полости мы видим увеличение мезентеральных лимфоузлов, наличие жидкости в брюшной полости, поражение печени и селезенки. Ирригоскопия позволяет увидеть деформацию толстой кишки. Более ценна колоноскопия, которая дает возможность увидеть патологию на ранних стадиях туберкулезного процесса. Лапароскопия выполняется всем пациентам: это оптимальный метод диагностики». Треть пациентов, поступивших в клинику № 2 МНПЦ борьбы с туберкулезом, не имели туберкулезного анамнеза: лечились долгое время в общей леченой сети от различных заболеваний брюшной полости.

По решению руководства МНПЦ борьбы с туберкулезом Школы практического врача в МНПЦ борьбы с туберкулезом будут проходить ежемесячно на базе клиник № 1 и № 2. Московские фтизиатры надеются, что это начинание будет с интересом принято московскими врачами всех специальностей и служб, обогатит знания коллег о сохраняющейся в нашем обществе проблеме туберкулезной инфекции, принесет пользу практическому здравоохранению столицы.

Татьяна МОХРЯКОВА,
врач и журналист