

## КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Канд. мед. наук А. А. Айдаров, Г. Д. Макарова

*Кафедра урологии (зав.— канд. мед. наук В. С. Гирфанов) Казанского ГИДУВа  
им. В. И. Ленина и городской противотуберкулезный диспансер (главврач—  
М. С. Самарин)*

В основу настоящей работы положены данные клинико-рентгенологического и лабораторного обследования 205 больных туберкулезом мочеполовой системы, находящихся на амбулаторном лечении и диспансерном наблюдении за последние 5 лет. 132 из них состоят на учете по активной группе (VA и VB) и 73 по неактивной (VB).

Выявляемость больных мочеполовым туберкулезом в последние 5 лет держится примерно на одном уровне; пока не видно тенденции ни к ее снижению, ни к повышению.

Мужчин было 121 (59%), женщин — 84 (41%). В возрасте от 15 до 20 лет было 4 больных, от 21 до 40 лет — 94, от 41 до 60 лет — 93 и старше — 14.

Чаще почечным туберкулезом страдают лица в возрасте 20—40 лет, однако за последние годы туберкулез этой локализации несколько участился и у пожилых.

Данные о стороне поражения почек и о частоте одновременного поражения других органов приведены в табл. 1.

Т а б л и ц а 1

Правая почка	Левая почка	Двустороннее поражение	Единственная почка	Сочетание с поражением других органов			
				с тбк половых органов	с легочным тбк	с костно-суставным тбк	с тбк лимфатических желез
24,9%	26,8%	9,2%	1,9%	23,9%	9,1%	4%	0,5%

У подавляющего числа больных с мочеполовым тбк при рентгеноскопии легких обнаружены единичные плотные очаги, а также очаги Гона, кальцинаты в лимфоузлах корней легких. 9,1% больных ранее состояли на учете по поводу туберкулеза легких.

Симптомы туберкулеза почек, наблюдавшиеся у наших больных, в основном сводились к постоянным или периодически возникающим болям на стороне пораженной почки (89,3%), приступообразным болям (7,3%). Как тупые, так и приступообразные боли в поясничной области сопровождались дизурическими явлениями (86,4%). Бессимптомное течение было в 3,3%. Сочетание тбк почек с мочекаменной болезнью выявлено в 4,5%, с гипертонической болезнью в 16,6%.

В настоящее время признак асептической пиурии при туберкулезе почек потерял свое значение. В наших наблюдениях у 45,3% больных с тбк почек установлен и неспецифический пиелонефрит, при этом в большинстве случаев из мочи высеивается кишечная палочка и протей, бактериурия превышает 100 тыс. микробных тел в 1 мл мочи, а чувствительность неспецифической микрофлоры сохраняется в основном только к антибиотикам неомицинового ряда.

Всех больных с мочеполовым тбк тщательно и многократно обследуют на наличие БК в моче методами простой бактериоскопии, флотации, люминесцентной микроскопии и посевов мочи на плотные питательные среды.

БК в моче были обнаружены у 32,2% больных. Диагноз был подтвержден бактериологически и гистологически (при операциях) в 9,3%, только гистологически — в 20%. В 47,8% диагноз поставлен по клинико-рентгенологической картине.

При цистоскопии ни у одного больного не отмечено туберкулезных бугорков. Язвы мочевого пузыря обнаружены у 0,6% больных, очаговая гиперемия — у 31,5%, диффузная гиперемия — у 8,2%, буллезный отек — у 6,3%, рубцовые изменения в области мочеточникового устья на стороне пораженной почки — у 23,3%; у 2% больных наблюдался микроцистис, у 28,1% цистоскопическая картина была нормальной.

Нормальная хромофункция установлена у 24,1% больных, умеренное запаздывание — у 49%, отсутствие выделения индигокармина на стороне пораженной почки — у 26,9%.

По клинико-рентгенологическим и лабораторным данным больные, находящиеся в настоящее время на учете в гортубдиспансере, распределяются в соответствии

Таблица 2

Формы туберкулезного процесса

Тбк почечной паренхимы (бездеструктивная форма)	Туберкулезный папиллит	Кавернозный тбк почки	Туберкулезный пионефроз
24,5%	15,5%	36,8%	23,2%

Открытый процесс выявлен у 43,2% больных, выключение почки тотальное — у 21,9%, сегментарное — у 11,3%, одной чашечки — у 2,5%, рубцевание тотальное — у 4,5%, сегментарное — у 5,1%, одной чашечки — у 9%, сморщивание почки — у 0,6%, обызвествление тотальное — у 1,2%, сегментарное — у 0,7%, одной чашечки — у 1,2%.

Все больные были предварительно обследованы в стационарных условиях в урологической клинике ГИДУВа.

До 1969 г. больных после установления диагноза лечили амбулаторно и в санаторных условиях, так как не было специализированного стационара для лечения больных с мочеполовым тбк. С апреля 1969 г. было открыто фтизио-урологическое отделение, и теперь больных, как правило, на первые 2—3 месяца госпитализируют, а затем лечение продолжают амбулаторно и в санатории.

Лечение больных с мочеполовым тбк проводят комплексно, длительно и непрерывно, по возможности максимальными дозами антибактериальных препаратов. После установления диагноза и клинической формы мочеполового тбк больным назначают первый основной курс лечения тремя препаратами (стрептомицин + тубазид + ПАСК) с витаминами, биостимуляторами и другими патогенетическими средствами. Основной курс лечения должен быть непрерывным: при бездеструктивных формах тбк почек (тбк почечной паренхимы) и начальной деструкции (туберкулезный папиллит) его следует продолжать не менее года; при кавернозном тбк почки — не менее 1,5—2 лет; при туберкулезном пионефрозе проводят предоперационную подготовку в течение 2—3 недель, после нефроуретерэктомии специфическое лечение длится 10—12 месяцев непрерывно.

На основной курс лечения назначают не более 100—120 г стрептомицина ввиду его высокой нефротоксичности и способности вызывать и усиливать фибропластические и склеротические процессы в почках и мочеточниках. У больных с тенденцией к ретенционным изменениям за счет специфического поражения слизистых оболочек лоханки и мочеточника лечение стрептомицином сокращают до 1 месяца с последующей заменой его циклосерином по 0,25 2—3 раза в сутки. Больным с ретенционными изменениями стрептомицин не дают во избежание выключения почки на ранних этапах лечения.

При развитии устойчивости БК к препаратам I ряда или при непереносимости одного из них (чаще ПАСК) назначают препараты II ряда (этионамид, тибон, пирразинамид, циклосерин и др.).

Больных, у которых основной курс лечения дал положительный результат, в зависимости от формы тбк почек продолжают лечить двумя препаратами (в основном тубазидом + ПАСК) в течение 4—6 месяцев и ежегодно — по 2—3 месяца весной и осенью. Такие профилактические курсы проводят в течение 3—5 лет. Подобное лечение способствует стойкой нормализации мочи и стабилизации пиелографической картины. При кавернозном тбк, как правило, развивается посттуберкулезный пиелонефрит, который в дальнейшем и определяет судьбу больных.

Таблица 3

Результаты антибиотико-химиотерапии

Формы туберкулеза	Стойкий клинический эффект	Затихание процесса	Сохранение активности
	%		
Туберкулез почечной паренхимы (бездеструктивные формы)	88,3	11,7	—
Туберкулезный папиллит	83,3	13,3	3,4
Кавернозный туберкулез почек	46,5	44,2	9,3

12 больных с кавернозной формой тбк почки после безуспешной антибиотико-химиотерапии были подвергнуты нефроуретерэктомии. Все эти больные в настоящее время чувствуют себя хорошо, туберкулезного процесса в оставшейся единственной почке пока не выявлено (срок наблюдения — от 2 до 5 лет). Из числа больных с туберкулезным пионефрозом (41) оперировано 24. Состояние их хорошее, в единственной почке и мочевыводящей системе также пока активного тбк не найдено, 17 больных с тотальным выключением почки лечатся консервативно по 2—3 мес. весной и осенью. Общее состояние их остается удовлетворительным, от оперативного лечения они воздерживаются.

Несмотря на успехи в борьбе с туберкулезом, полученные благодаря применению современных противотуберкулезных средств, консервативное лечение туберкулеза наружных половых органов оказалось наименее эффективным. У наших больных туберкулезом мужских половых органов острое начало было в 34,5%, хроническое — в 65,5%. Из общего числа больных с тбк половых органов 62% лечились консервативно, а 38% после безуспешного лечения антибиотико-химиопрепаратами подвергнуты оперативному лечению (эпидидэктомии, эпидидэктомии с частичной резекцией яичка, а при необходимости — архиепидидэктомии). Наиболее оправданной операцией при туберкулезном эпидидимите является эпидидэктомия. Для лечения тбк предстательной железы и семенных пузырьков применяются те же сочетания антибактериальных препаратов, что и при лечении туберкулеза органов мочевой системы.

Все больные с мочеполовым тбк находятся под динамическим наблюдением. Контроль за исходами лечения осуществляется в дальнейшем лабораторными и рентгенологическими методами исследования, которые обычно проводятся в стационарных условиях. Рентгенологические данные в сопоставлении с другими методами клинических исследований имеют решающее значение в установлении эффективности лечения больных с туберкулезом мочеполовой системы.

УДК 616—056.52—612.433.65

## НАРУШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

*М. И. Балаболкин*

*(Москва)*

Ожирение — это заболевание, при котором в первую очередь нарушается жировой обмен. В регуляции жирового обмена принимают участие центральная нервная система и эндокринные железы, под их воздействием осуществляется всасывание, транспорт, депонирование, выход из депо и утилизация жиров. Большую роль при этом играет соматотропный гормон. Поэтому изучение его секреции при ожирении имеет как теоретическое, так и практическое значение.

Мы обследовали 18 практически здоровых лиц и 35 больных (3 мужчин и 32 женщины) в возрасте от 18 до 48 лет, страдающих ожирением (преимущественно алиментарно-конституциональной формой ожирения III—IV ст.).

Содержание гормона роста в сыворотке крови определяли иммунологическим методом Рида с модификацией [1] и радиоиммунологическим методом с использованием угля-декстрана [3]. Йодирование гормона роста проводили по методу Гренвуда и др. (1963) с незначительной модификацией [2]. Для йодирования использовали I<sup>125</sup> (Радио-химический центр Амершам, Англия). Антисыворотку к гормону роста человека получали при иммунизации кроликов или лошадей микродозами гормона роста [4]. Радиоактивность подсчитывали на аутогамма-спектрометре типа «Пакард» и «Фризике и Хопфнер». Содержание гормона роста в сыворотке крови определяли как натошак, так и в период проведения нагрузки инсулином. Последний вводили внутривенно из расчета 0,1—0,5 ед./кг веса.

Содержание холестерина в сыворотке крови у обследованных больных было слегка повышено — в среднем до  $212,68 \pm 7,6$  мг/% (при норме  $194,0 \pm 5,8$  мг%). Разница статистически недостоверна. Уровень