

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 15 (1695)

**За годы работы в урогенитальной клинике Новосибирского НИИ туберкулёза я стала свидетелем многих историй, печальных и поучительных. Как это ни прискорбно сознавать, но на большей части территории России (Уральский, Сибирский и Дальневосточный федеральные округа) сохраняется эпидемия туберкулёза. Основное внимание и фтизиатров, и общественности приковывает туберкулёз органов дыхания, хотя значимость туберкулёза экстраторакальных локализаций также велика. Предлагаю вниманию читателей «МГ» несколько клинических случаев из практики фтизиоуролога.**

## Скрытое течение туберкулёза мочеполовой системы

1. Классическим примером латентного течения туберкулёза мочеполовой системы является история болезни пациента А. В 20-летнем возрасте он обратился к врачу по поводу уплотнения в мошонке. Это уплотнение он обнаружил ещё год назад, но, поскольку особых неприятностей оно ему не доставляло, то и к врачу не торопился. Никаких выписок с того времени не сохранилось, известно лишь, что в урологическом отделении районной больницы была выполнена эпидидимэктомия, гистологически обнаружен туберкулёз, и А. рекомендовано продолжать лечение в противотуберкулёзном диспансере.

Но, как мы знаем, наш пациент был не из тех, кто охотно посещает врачей. Рана зажила первичным натяжением, нигде ничего у А. не болело, и он решил, что он абсолютно здоров. И хорошо чувствовал себя ещё 25 лет. К 45-летию получил в профкоме путёвку на курорт и пошёл оформлять санаторную карту. Естественно, сдал мочу на анализ, а там эритроциты и лейкоциты сплошь покрывают поля зрения. Был направлен в НИИИТ, где обнаружили кавернозный туберкулёз левой почки (всего лишь!), туберкулёз мочеточника с формирующейся стриктурой. На фоне полихимиотерапии была выполнена пластическая операция, пассаж мочи полностью восстановлен. В органах половой системы активный туберкулёз не найден.

2. Случай, происшедший с пациенткой В. – ещё один пример грустного исхода бессимптомного нефротуберкулёза. 32-летняя В. – доярка в неблагополучном по туберкулёзу хозяйстве. Что называется, сам бог велел быть настороже! Однако, когда В., беременная третьим ребёнком, приходит в женскую консультацию становиться на учёт и, как полагается, сдаёт мочу на анализ, обнаруженную лейкоцитурию объясняют загрязнением влагалищными выделениями. Тем более что В. никаких жалоб не предъявляет. Ей рекомендуют пересдать мочу после тщательного туалета половых органов, но вновь находят лейкоцитурию. До самых родов у В. сохранялась лейкоцитурия, и до самых родов она выслушивала замечания акушерки по поводу несоблюдения правил гигиены, становившиеся всё более раздражёнными, но от этого ничуть не более действенными.

Срочными родами без осложнений В. разрешилась доношенной девочкой. А на 2-е сутки поднялась температура до 40°C, появилась интенсивная боль в поясничной области, почечная колика справа. В родильном доме пиурию вкуче с жалобами расценили правильно и мгновенно перевели В. в урологическое отделение областной больницы. Там первым делом выполнили хромоцистоскопию: слева индигокармин показался на 10-й минуте, справа его не было в течение 15 минут. Попытка провести катетер оказалась безуспешной, поэтому больной была наложена нефростома. В моче скопически обнаружены микобактерии туберкулёза (МБТ); впоследствии получен сплошной рост чувствительного ко всем препаратам возбудителя. При типировании установлен бычий вид микобактерии. Рентгенологически – поликавернозный двусторонний нефротуберкулёз с резким снижением

функции. Самое энергичное лечение тем не менее позволило продлить жизнь больной лишь на 3 года, после чего она погибла на фоне нарастающей почечной недостаточности. Трое детей остались без матери.

История не знает сослагательного наклонения, но почему-то кажется, что, если бы В. вовремя была направлена к урологу, таких трагичных последствий можно было бы избежать.

## Острое течение туберкулёза мочеполовой системы

Примером острого течения нефротуберкулёза может служить история болез-

# Разбор клинических случаев из практики фтизиоуролога

ни З., 36 лет. Мать двоих здоровых детей, благополучная семья. З. с мужем работали на промышленном предприятии, где строго подходили к диспансеризации. Никогда никаких жалоб не предъявляла, отклонений в анализах не находили, флюорограммы также были без патологии. В 1986 г. через 2 месяца после очередного профосмотра, где З. была признана практически здоровой, на фоне полного здоровья с кратковременным (1 сутки) продромальным периодом развилась лихорадка с потрескающимися ознобами, головная боль, слабость. Участковым врачом был выставлен диагноз ОРЗ, назначено соответствующее лечение. На 3-й день появились боль в поясничной области, дизурия, макрогематурия. К счастью, эти симптомы насторожили врача; при детальном расспросе он выяснил, что месяц назад у З. был тесный семейный контакт с больным туберкулёзом дедушкой, который приезжал погостить из деревни.

Больная срочно была доставлена в НИИИТ, где в первые же дни была обнаружена микобактериурия. На экскреторных урограммах функция левой почки отсутствовала до 6 часов наблюдения. На ретроградной пиелограмме – множественные полости распада. Интенсивная полихимиотерапия стабилизировала состояние пациентки. Ввиду бесперспективности консервативного лечения была выполнена нефрэктомия. Гистологически – экссудативный тип туберкулёзного воспаления.

## Сочетание нефротуберкулёза и нефролитиаза

1. Приведём в качестве иллюстрации сочетанного поражения почки туберкулёзом и мочекаменной болезнью историю болезни Г., 30 лет, у которой впервые лейкоцитурия была выявлена во время беременности. После родов, естественно, ей некогда было собой заниматься, однако через год с удручающей периодичностью стала повторяться почечная колика. Больная прибегала к скорой медицинской помощи; после купирования колики давала себе честное слово завтра же отправиться к врачу, но куда было деть маленького ребёнка. Наконец, боль в области почки стала нестерпимой. Г. была госпитализирована в урологическое отделение, по урограммам диагностировали мочекаменную болезнь. Предложили было хирургическое лечение, но из-за сопутствующего заболевания сердечно-сосудистой системы от операции воздержались и выписали пациентку под наблюдение уролога поликлиники, рекомендовав фитотерапию.

В течение 6 месяцев у больной сформировался абсцесс, а затем и свищ поясничной области. Тут уже на сопутствующую патологию внимания обращать не стали, выполнили нефрэктомию. Гистологически

оказался прогрессирующий нефротуберкулёз в сочетании с мочекаменной болезнью (коралловидный камень).

Кто виноват в сложившейся ситуации? Семейные обстоятельства пациентки? Или недостаточная настойчивость лечащего врача, в результате чего в семье с маленьким ребёнком долгое время жил больной открытой формой туберкулёза?

2. А вот обратный пример. 34-летняя Т. только что похоронила умершую от туберкулёза лёгких мать. У детей, естественно, вираж туберкулиновых проб, им проводится профилактическое специфическое лечение. В это же время у Т. появляются боль в поясничной области больше справа, учащённое болезненное мочеиспускание, гематурия. Совершенно логично предположили туберкулёз почек, больную госпитализировали в НИИИТ. Цистоскопически: слизистая розовая, на правой боковой стенке – очаг гиперемии с подрытыми краями размером 1-1,5 см с нечёткими контурами; контактная геморрагия. Устья мочеточников без особенностей. Из подозрительной

В 2003 г. – вновь ухудшение. Но в этот раз с лихорадкой, изнуряющей дизурией (частота болезненных мочеиспусканий – до 80 раз в сутки). Всё в том же стационаре выполнена нефрэктомия справа – с большими техническими трудностями (ещё бы!). Наконец-то сделали патоморфологический анализ. Результат – туберкулёзный пионефроз, туберкулёзный паранефрит на грани абсцедирования. С функционирующим свищем больная переведена в НИИИТ.

Понятно, повседневная рутина «замыливает глаз»: врачи привыкли к пациентке, которая наблюдается в отделении не один десяток лет. Диагноз, ошибочно поставленный при первичном обращении, бездумно и формально переписывался из года в год, что повлекло за собой ошибочное же лечение. Хотя отсутствие эффекта от проводимой терапии должно было побудить врача к переосмыслению диагноза, задуматься, в чём причина. Но нет! И 20 лет больная явно открытой формой нефротуберкулёза мучилась, пока болезнь не вступила в необратимую фазу.

## Сочетание рака и туберкулёза почки

Наиболее сложную категорию больных представляют пациенты, страдающие одновременно раком и туберкулёзом. Рак и туберкулёз ранее считались антагонистами. На основании этого постулата была создана методика лечения рака мочевого пузыря путём инстилляций вакцины БЦЖ. К сожалению, последнее время учащаются случаи одновременного поражения органов мочеполовой системы опухолью и туберкулёзом.

1. Больной Б., 39 лет, недавно освобождённый из заключения. Материальных затруднений не испытывает, ведёт свободный образ жизни с пьянками, девочками и т.п. Было бы наивно ожидать, что Б. будет здоров и крепок, как физкультурник. И правда, не прошло и полгода вольной жизни, как Б. почувствовал настоятельную потребность встречи с венерологом. Обратился к частному врачу.

Результаты назначенной терапии Б. не удовлетворили, поэтому в поисках лучшего лечения он принял методично обходить все частные клиники, вновь и вновь получая однотипные, в общем-то, курсы. Наконец один из частных врачей, скрепя сердце, расстался с выгодным пациентом, порекомендовав ему обратиться в бесплатную клинику – НИИ туберкулёза. Б. долго собирался с духом, но решил – так-таки на унизительный шаг – посетить «больницу для бедных».

Жалобы при поступлении: постоянная боль в промежности, резкое снижение потенции, кровь в моче, кровь в сперме. Разумеется, проводить обследование пациента, получившего не один курс фторхинолонов, дело неблагоприятное, так как вероятность роста МБТ ничтожно мала. Б. была выполнена подкожная провокационная туберкулиновая проба; через 48 часов в эякуляте обнаружены МБТ. Пальпаторно в органах мошонки патология не определялась; УЗИ простаты – железа уменьшена в размерах, уплотнена; множественные кальцинаты. Рентгенологически затёк контраста не выявлен. В эякуляте – большое количество лейкоцитов и эритроцитов; неоднократно обнаружена МБТ методом люминесцентной микроскопии и ПЦР. Роста МБТ не получено. УЗИ почек, урография – справа без особенностей, слева – пиелозктазия, полость в верхнем полюсе почки. Проводилась комплексная этиопатогенетическая терапия по разработанным нами методикам.

На фоне лечения купирован болевой синдром, прекратилось выделение МБТ, нормализовались анализы эякулята и мочи, за исключением эритроцитурии.

Столь упорная микрогематурия навела на мысль об интеркуррентном заболевании. Повторное исследование мочевой системы конкрементов не выявило, многократное цитологическое исследование

мочи также оказалась отрицательным. Взята моча отдельно из каждой почки путём катетеризации мочеточников. Справа – без патологии; слева – раковые клетки. Учитывая сочетанность заболеваний, выполнена нефрэктомия.

При контрольном обследовании через 5 лет – больной практически здоров.

2. Пациентка Д., 68 лет, имевшая ранее контакт с больным туберкулёзом, обратилась к урологу поликлиники с жалобами на боль в поясничной области, учащённое болезненное мочеиспускание, кровь в моче по типу «мясных помоев». При амбулаторном обследовании выявлены анемия, лейкоцитоз, увеличенная СОЭ (58 мм/час), пиурия и гематурия. С подозрением на туберкулёз почек пациентку направили в НИИИТ. На урограммах справа патология не выявлена, слева обнаружены деструкция верхней и нижней чашечек, плотные тени в нижнем полюсе, которые логично расценили как обызвествление туберкулёзных очагов. В течение первого месяца диагноз был подтверждён бактериологически. На компьютерной томограмме отчётливо видно округлое образование с краевым обызвествлением, которое первоначально рассматривалось как отшнурованная каверна.

Однако смущало нетипичное течение заболевания: на фоне полихимиотерапии держалась высокая СОЭ, сохранялась и даже нарастала анемия, что никак нельзя было объяснить интенсивностью гематурии. Цитологическое исследование самостоятельно выпущенной мочи было неинформативным, в то время как в моче, полученной при катетеризации левого мочеточника, обнаружены раковые клетки. Учитывая сочетанность патологии, соматическое состояние, возраст больной и пр., выполнена нефрэктомия. Гистологически: активный нефротуберкулёз, светлоклеточный рак почки, развившийся на месте старой каверны.

3. Противоположный случай. Больная М., молодая девушка, была выявлена при ежегодной диспансеризации – во время УЗИ обнаружено обызвествление в левой почке. Учитывая, что в семье девушки имелись больные открытой формой туберкулёза, её сразу же направили в НИИИТ. На обзорной рентгенограмме и на урограмме в месте проекции левой почки видно неправильной формы образование с обызвествлением по периметру. Анализ крови без изменений, в моче – эритроциты до 45 в поле зрения, свежие. Роста неспецифической микрофлоры нет, МБТ также не выявлена ни одним из методов. Что это – каверна или опухоль?

В качестве предоперационной подготовки в течение 3 недель проведена противотуберкулёзная полихимиотерапия тремя препаратами, после чего выполнена резекция почки. Гистологически – тератома. Послеоперационный период протекал гладко, заживление первичным натяжением.

Подчеркнём высказанную неоднократно мысль о необходимости проведения в сомнительных случаях неoadъювантной противотуберкулёзной химиотерапии. Пусть по своему заболеванию М. не нуждалась в специфическом лечении – проведённый курс можно рассматривать как профилактический (напомним – девушка живёт в семье с больным туберкулёзом). Гораздо хуже было бы выполнить операцию больному активным туберкулёзом без соответствующей подготовки – это верный путь к развитию туберкулёза раны и формированию свища.

## Запущенный нефротуберкулёз вследствие неполного обследования

Следующие наблюдения показывают, к чему приводит неполное обследование пациента.

1. Пациентка Е., молодая женщина, в 1995 г. обратилась к врачу по поводу учащённого болезненного мочеиспускания. Имеющиеся жалобы в сочетании с пиурией врач счёл достаточным основанием для постановки диагноза «хронический цистит». Назначили антибактериальное лечение – эффекта не было. Поменяли антибиотик – вновь безрезультатно. Добавили ещё один – с тем же успехом. Магические слова «хронический цистит», по-видимому, завершили врача, и он не утруждался проведением какого-либо дополнительного обследования вплоть до 1997 г., когда у больной появилась макрогематурия. Диагноз «расширили»

– теперь пациентка получала всё то же стандартное антибактериальное лечение, но уже по поводу «хронического пиелонефрита». Поскольку положительной динамики по-прежнему не было, в 2000 г. больную госпитализировали в терапевтическое, а в 2001 г. – в урологическое отделение местной больницы. Правда, стационарные врачи тоже не сочли нужным выполнить экскреторную урографию. Только в апреле 2002 г. (через 7 лет после первичного обращения!) пациентку наконец направили на консультацию в противотуберкулёзный диспансер. Очень быстро в моче был получен рост МБТ. Больной порекомендовали поехать на лечение в специализированную клинику в Тюмень. К тому времени она уже находилась в тяжёлом состоянии: лихорадка, анемия, ХПН III степени. На урограммах справа чашечно-лоханочная система представлена в виде множественных полостей; слева функции почки нет. На снимке лёгких в 1-2-м сегментах видны интенсивные кальцинированные очаги с чёткими контурами, расположенные группой. УЗИ – множественные полости обеих почек.

2. Аналогичный случай с пациенткой К. Женщину лечили в поликлинике от «хронического цистита». Невзирая на отсутствие эффекта и практически непрерывно рецидивирующее течение, лишь через 3 года выявили рентгенологическое обследование. К этому времени уже сформировался поликавернозный туберкулёз левой почки с отсутствием функции, дело закончилось нефрэктомией.

Мы видим в этих примерах вопиющие просчёты, граничащие с халатностью. Слишком лёгкое отношение иных врачей к воспалению мочевого пузыря приводит к просмотру гораздо более серьёзных и опасных заболеваний. Мало того, что пациентка потеряла почку, в её семье поддерживался все эти годы эпидемический очаг.

## Эпидемическая опасность туберкулёза мочеполовой системы

Широко распространено заблуждение о низкой контагиозности мочеполового туберкулёза. Фактически и больной туберкулёзом органов дыхания при правильном поведении может быть вполне безопасен для окружающих, и всё же считается, что до 15 человек в год он заражает.

У нас было два наблюдения семейного полового туберкулёза, когда у жён пациентов с туберкулёзом простаты развивался туберкулёзный эндоцервицит. В обоих случаях диагноз подтверждён бактериологически.

Ещё мы наблюдали молодую женщину, преподавателя вуза (неграмотной её никак нельзя назвать!), у которой был кавернозный туберкулёз почки с бактериовыделением. В результате заразилась и её дочь. У ребёнка были выявлены: туберкулёзный пельвеоперитонит, туберкулёзный салпингоофорит, органуноносящая операция у 5-летней девочки... Комментарии излишни.

## Необходимость предоперационной подготовки

Следующий пример подтверждает необходимость неoadъювантной противотуберкулёзной полихимиотерапии.

Больной Р., 48 лет, с 1996 г. наблюдался в противотуберкулёжном диспансере по поводу диссеминированного туберкулёза лёгких в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ(-), II гр. Осенью 1998 г. появилась постоянная боль в животе, периодически – схваткообразная. В сентябре 1998 г. по скорой помощи был доставлен в больницу с клиникой «острого живота». Была выполнена лапаротомия, во время которой обнаружили небольшое количество жидкости в брюшной полости, обильные бугорковые высыпания на брюшине, увеличенные мезентериальные лимфоузлы. Взята биопсия узлов и брюшины, рана ушита наглухо. Через 7 дней гистологическое исследование операционного материала подтвердило туберкулёз, ещё через 3 дня был вызван для консультации фтизиатр, определена противотуберкулёзная терапия. Рана зажила первичным натяжением, и пациент был выписан домой с рекомендацией наблюдения и лечения в противотуберку-

лёзном диспансере по месту жительства. Однако советами врачей Р. пренебрёг и обратился в диспансер только через месяц в связи с образованием свища.

В урогенитальную клинику поступил с диагнозом «туберкулёз мезентериальных лимфатических узлов, туберкулёз брюшины». Состояние после срединной лапаротомии с последующей несостоятельностью швов. Ретропузырный свищ. Туберкулёз раны передней брюшной стенки, МБТ(+). Туберкулёзный папиллит справа, МБТ(-). Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ(-).

При поступлении: больной истощён, состояние тяжёлое, температура тела 38,6°C, пульс 92, слабого наполнения; язык сухой, обложен сероватым налётом; по средней линии живота – рана с вялыми грязно-серыми грануляциями, обильным гнойным отделяемым, печень на 5 см выступает из-под края рёберной дуги, плотно-эластическая, малоблезненная; анемия, палочкоядерный сдвиг формулы лейкоцитов, СОЭ 63 мм/час, печёночные пробы – верхняя границы нормы, лейкоцитурия; функция почек не нарушена. На урограммах – деструкция чашечек правой почки.

В моче и мокроте роста МБТ и неспецифической флоры нет, в отделяемом раны – рост полирезистентного *Proteus vulgaris* и МБТ, устойчивой к этамбутолу.

Назначена комплексная этиопатогенетическая терапия в сочетании с массивными детоксикационными мероприятиями. Химиотерапию (изониазид + рифампицин + стрептомицин + пизазинамид) получал по интермиттирующей методике (2 раза в неделю). За 8 месяцев лечения в клинике состояние значительно улучшилось, дефект передней брюшной стенки уменьшился в 2 раза, частично закрылся ретропузырный свищ, нормализовались анализы мочи. Для продолжения терапии был переведён в противотуберкулёзный диспансер.

## Генерализованный туберкулёз

Значительно осложняет диагностику полиорганный форма туберкулёза. В принципе, туберкулёз – это системное заболевание. С током крови МБТ распространяется по всему организму, оседая в конечном итоге в лимфатических узлах; в последующем, во время вторичной бактериемии МБТ задерживается в предрасположенных к тому органах и вызывает специфическое воспаление в той или иной системе (системах).

Естественно, наиболее распространён туберкулёз органов дыхания. Однако на самом деле одновременно или последовательно туберкулёз развивается в нескольких органах. Подтверждением тому может служить тот факт, что почти у всех пациентов, умерших от туберкулёза органов дыхания, на вскрытии находят туберкулёз предстательной железы, при жизни не диагностированный. Этому не приходится удивляться: во-первых, манифестирующие симптомы прогрессирующего лёгочного туберкулёза отвлекают на себя всё внимание. А во-вторых, фтизиатры-пульмонологи очень часто не затрудняя себя расспросами (а тем более осмотрами!) относительно мочеполовой системы. К тому же среди пациентов с туберкулёзом лёгких много бывших заключённых, которые категорически отвергают даже мысль о ректальном осмотре. Ну и конечно, недостаточная грамотность населения. Нередко на вопрос «Как вы мочитесь?» слышишь ответ: «Нормально, как все». – «А как все – это как?» – «Ну, через каждый час».

Одновременное поражение туберкулёзом нескольких органов и систем в последние годы доходит до 60%. Это требует от врачей всех специальностей повышенного внимания к своему пациенту. Трудности распознавания туберкулёза мочеполовой системы при сочетанном поражении нескольких органов и систем иллюстрируют следующие наблюдения.

1. Больной Н. заболел остро: внезапно поднялась температура до 38°C, появилась кашель. В поликлинике выполнили флюорографию – инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого. Н. госпитализировали в специализированный стационар; выявленной при поступлении лейкоцитурией пренебрегли, поскольку развившееся кровохарканье сочли куда более грозным и опасным

симптомом. Когда лёгочный процесс стабилизировали, обратили внимание и на урологические симптомы. На урограммах – отсутствие правой почки. Попытка провести катетер в мочеточник не удалась из-за сформировавшейся стриктуры. Радиоизотопная ренография подтвердила гибель почки.

Казалось бы, у пациента единое заболевание – туберкулёз, по поводу которого он получает одно и то же лечение, независимо от локализации процесса. То же, да не то! Особенности репарации туберкулёзного воспаления органов мочеполовой системы делают абсолютно необходимой комплексную патогенетическую терапию. Н., разумеется, этого лечения не получал, что и привело к утрате почки.

2. Больная П. впервые почувствовала недомогание со стороны мочевой системы во время беременности в 1990 г. – периодически возникала боль в области правой почки, дизурия; практически всю беременность сохранялась лейкоцитурия. Врачи уверили П., что это обычное для будущей мамы состояние, которое пройдёт после родов. Однако и после родов у П. сохранялись изменения в анализах мочи и жалобы, более того, присоединилась почечная колика. Несколько раз она была госпитализирована, но стационарное лечение не оказывало никакого эффекта – ни субъективно, ни объективно. В 1998 г. П. переезжает из Казахстана к родителям в Омск. Омские урологи, проведя полное обследование, включая внутривенную урографию, поставили диагноз «хронический неспецифический пиелонефрит со снижением функции правой почки, хронический цистит» и назначили стандартное лечение всё теми же фторхинолонами. И всё так же без заметного улучшения.

В 1999 г. П. заболевает «гриппом» – катаральные явления носоглотки, лихорадка, слабость, головная боль. Участковый терапевт направляет её на флюорографию, которая обнаруживает диссеминированный туберкулёз лёгких. Пациентку переводят в противотуберкулёзный диспансер, где в мокроте получают сплошной рост МБТ с множественной лекарственной устойчивостью. Безусловно, в формировании резистентности МБТ у впервые выявленной больной сыграли свою роль и многократные предшествующие курсы нерациональной антибактериальной терапии. Более того, злоупотребление антибиотиками закономерно привело к снижению иммунитета и формированию дисбактериоза кишечника и влагалища.

Пересмотрев урограммы, фтизиоурологи пришли к заключению, что у больной был деструктивный папиллит справа с трансформацией в кавернозный нефротуберкулёз, туберкулёз левого мочеточника, осложнившийся гидронефрозом, туберкулёз мочевого пузыря.

С большим трудом стабилизировав процесс в лёгких, больную переводят в урогенитальную клинику Новосибирского НИИ туберкулёза для дальнейшего лечения туберкулёза мочевой системы.

При поступлении: функция правой почки отсутствует, мочеточник в нижней трети облитерирован. Слева – стриктура нижней трети мочеточника, гидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс; деструкция чашечек. Ёмкость мочевого пузыря – 45 мл.

Пациентке выполнена нефрэктомия справа, проведена сложная реконструктивно-восстановительная операция слева, но говорить о выздоровлении в данном случае не приходится. Несмотря на положительную динамику, прогноз остаётся неутешительным.

До недавнего прошлого туберкулёз центральной нервной системы регистрировался спорадически, а сейчас на его долю приходится почти 7% в структуре экстраторакального туберкулёза. В эпидемически благополучных территориях туберкулёз ЦНС развивается постепенно, за 1-1,5 месяца; как правило, ограничивается поражением менингеальных оболочек. В Сибири же чаще встречается менингоэнцефалит, а то и менингоэнцефаломиелит; у трети больных – молниеносное, остропрогрессирующее течение. Ниже приводится пример туберкулёза мочеполовой системы в сочетании с нейротуберкулёзом.

(Окончание следует.)

Екатерина КУЛЬЧАВЕНЯ,  
главный научный сотрудник  
Новосибирского НИИ туберкулёза  
Минздрава России,  
профессор.