

УДК 616.6-006.06:616-002.5

СОЧЕТАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ОПУХОЛЮ*С.А. Белов, А.А. Гаврилов, Р.С. Степанов*

Приморский краевой противотуберкулезный диспансер (690041 г. Владивосток, ул. Пятнадцатая, 2)

Ключевые слова: рак мочеполовой ситемы, туберкулез, оперативное лечение.

В отделении урогенитального туберкулеза ПКПД г. Владивостока в 2007 г. оперированы два случая сочетанного поражения мочеполовой сферы опухолью и туберкулезом. В первом случае имелось сочетанное поражение мочевого пузыря, во втором – предстательной железы. По данным отечественной и зарубежной литературы нет четких статистических данных о частоте встречаемости подобных поражений. Поэтому вовремя диагностированная в отделении онкологическая патология позволила провести радикальное лечение с хорошим результатом. Трудности диагностики подобного поражения мочево и половой систем в узкоспециализированных стационарах напоминают врачам о необходимости онкологической настороженности.

Вопрос о связи между двумя этиологически различными заболеваниями – раком и туберкулезом – возник более 100 лет назад и до настоящего времени остается актуальным [9]. И если для рака легкого такая связь может считаться установленной, то для рака мочеполовой системы она остается предметом дискуссий. Приводим описание двух случаев сочетанного поражения мочеполовой системы туберкулезом и опухолью.

Первый случай демонстрирует сочетанное поражение мочевого пузыря.

Больной Ш., 66 лет, находился на учете с деструктивным туберкулезом мочево системы с 2001 г. Страдал туберкулезом почки и мочевого пузыря, мочекаменной болезнью. Прошел основной курс противотуберкулезной терапии, абациллирован. Поступил с жалобами на дизурические расстройства, уменьшение объема мочи, окрашивание мочи кровью. При ультразвуковом обследовании: контуры мочевого пузыря четкие, неровные, форма обычная, объем мочи на момент осмотра 130 мл; слизистая оболочка утолщена в области шейки до 21 мм на участке размером 30×40 мм, больше в области левого устья (рис. 1).

При цистоскопии – инфильтрация левой боковой стенки и шейки мочевого пузыря. Взята биопсия, заключение: переходноклеточный рак мочевого пузыря. Компьютерная томография малого таза метастазов в лимфатические узлы не выявила.

Клинический диагноз: «Кавернозный туберкулез правой почки. Посттуберкулезная стриктура нижней трети правого мочеточника. Посттуберкулезный мочево пузырь со снижением объема мочи до 200 мл. ПБ группа учета, МБТ (–). Рак мочевого пузыря $T_3N_0M_0$. Мочекаменная болезнь: камень правой почки, хронический пиелонефрит».

После предоперационной подготовки проведена цистопроstateктомия с одномоментной аутосигмоцистопластикой (рис. 2). Послеоперационный период без осложнений, уретральный катетер удален на 21-е сутки, пациент удерживал 200 мл мочи. Обследование через год: мочу удерживает, объем мочевого пузыря до 250 мл, признаков метастазирования нет.

Стандартным лечением инвазивных опухолей мочевого пузыря у мужчин является радикальная цистопроstateвезикулэктомия и у женщин – передняя

эксентерация [3, 7, 10]. Радикальная цистэктомия у мужчин предусматривает удаление региональных лимфузлов, предстательной железы с семенными пузырьками и покрывающей брюшины. У женщин аналогичное вмешательство означает удаление мочевого пузыря, матки, придатков, фаллопиевых труб, уретры и передней стенки влагалища. В свете современной классификации безоговорочным показанием к радикальной цистэктомии является инвазивный рак мочевого пузыря стадий $T_{2-4}N_xM_0$. Благодаря популяризации ортотопической методики замещения мочевого пузыря в течение последних лет отдается предпочтение операциям с сохранением уретры. [3, 4, 6, 8].

Абсолютными показаниями к цистэктомии также являются все виды новообразований, циркулярно охватывающих шейку мочевого пузыря, множественные опухоли, солидный или плоскоклеточный рак,

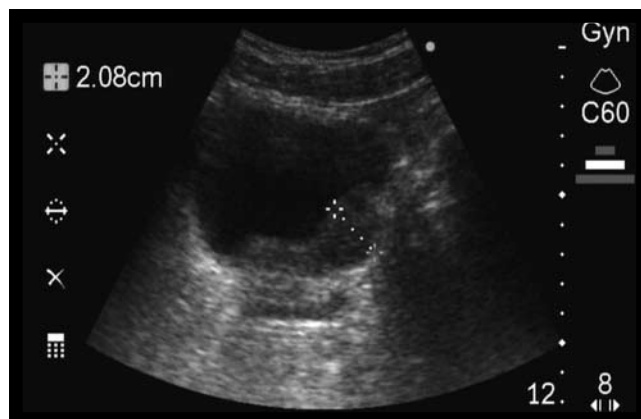


Рис. 1. Сонограммы мочевого пузыря больного Ш.



Рис. 2. Больной Ш., восходящая цистография: артефициальный мочево пузырь.



Рис. 3. Больной М., восходящая цистография через год после простатэктомии.

подвергшиеся лучевой терапии опухоли с уменьшением объема мочевого пузыря более чем на 50%, опухоли области треугольника пузыря и опухоли с ростом в предстательную железу [2, 6, 10].

Во втором случае имелось сочетанное поражение предстательной железы.

Больной М., 67 лет, наблюдался у фтизиоуролога с 2002 г. по поводу туберкулеза простаты и двухстороннего туберкулезного эпидидимита. В том же году перенес двухстороннюю эпидидимэктомию. Прошел полный курс специфической терапии, переведен в неактивную III группу учета в 2007 г. Страдал мочекаменной болезнью. При госпитализации в 2007 г. выявлен подъем уровня простатоспецифического антигена сыворотки крови (PSA) до 64 нг/мл. Взята биопсия, заключение: криброзный рак предстательной железы. Компьютерная томография подтвердила диагноз опухоли простаты без метастазов в лимфатические узлы.

Клинический диагноз: «последствия перенесенного туберкулеза половой системы. Эпидидимэктомия с двух сторон в 2002 г. Посттуберкулезный хронический простатит. III группа учета. Рак простаты $T_2N_0M_0$. Мочекаменная болезнь: камни обеих почек, хронический пиелонефрит».

Проведена позадилоная простатэктомия. Гистологическое заключение по операционному материалу: низкодифференцированная аденокарцинома солидного и криброзного строения, лимфатические узлы без метастазов. Послеоперационный период без осложнений, уретральный катетер удален на 14-е сутки, удерживал до 250 мл мочи. PSA после операции – 2,4 нг/мл. Через 1 год признаков метастазирования нет, PSA – 1,8 нг/мл, удерживает до 280 мл мочи (рис. 3).

Считается, что рак простаты – одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. В настоящее время наблюдается тенденция к его выходу на второе место в структуре онкологических заболеваний у мужчин. Рядом исследований доказана связь рака простаты и нарушений регуляции баланса половых гормонов на уровне гипоталамо-гипофизарной системы, надпочечников и половых желез [1, 2, 5]. Надежным методом ранней диагностики рака предстательной железы является определение PSA, позволяющее различить его на ранних стадиях, при которых возможно полное излечение от данного заболевания [2, 5]. При стадиях T_{1-2} – локализованном раке простаты – основными способами лечения являются хирургический

метод и радиотерапия. Радикальная простатэктомия подразумевает полное удаление предстательной железы, семенных пузырьков и тазовых лимфоузлов. Преобладающим методом паллиативного лечения распространенного рака простаты является гормональная терапия. Она используется и при лечении местнораспространенного и метастатического рака предстательной железы. Может также применяться комбинация различных лечебных методов: хирургического, лучевого и /или гормонального [1, 5].

Таким образом, общее представление о взаимоотношении поражения одной системы туберкулезом и опухолью сегодня можно считать устаревшим не только в отношении легких. Поэтому онкологическая настроенность врачей фтизиатрических отделений, в том числе урологического профиля, должна стать одной из норм дифференциально-диагностического процесса.

Литература

1. Александров В.П., Карелин М.И. Рак предстательной железы. СПб.: СПбМАПО, 2004. 148 с.
2. Воробьев А.В. Скрининг мужского населения, стандартное обследование пациентов, классификация рака предстательной железы // *Практ. онкол.* 2001. № 2 (6). С. 8–16.
3. Журавлев В.Н., Борзунов И.В., Баженов И.В. Методы диагностики и лечения опухолей мочевого пузыря на современном этапе // *Урология.* 2008. № 5. С. 59–63.
4. Коган М.И., Перепечай В.А. Радикальная цистэктомия. Современный взгляд // *Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: мат. IV Всерос. науч.-практ. конф. М., 2001.* С. 113–114.
5. Кушлинский Н.Е., Соловьев Ю.Н., Трапезникова М.Ф. Рак предстательной железы. М.: Изд-во РАМН, 2002. 432 с.
6. Лопаткин Н.А., Даренко С.П., Чернышов А.Е. Радикальное лечение инвазивного рака мочевого пузыря // *Урология.* 2003. № 4. С. 3–8.
7. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Даренков С.П. Операционное лечение опухолей мочевого пузыря // *Урол. и нефрол.* 1999. № 1. С. 26–31.
8. Переверзев А.С., Петров С.Б. Опухоли мочевого пузыря. Харьков: Факт, 2002. 303 с.
9. Подгаевская Т.П. Рак легких в сочетании с туберкулезом // *Український медичний часопис.* 2001. № 1. С. 96–101.
10. Ситдыков Э.Н., Ситдыкова М.Э., Зубков А.Ю. Выбор метода оперативного лечения новообразований мочевого пузыря // *Урология.* 2003. № 6. С. 3–6.

Поступила в редакцию 10.02.2009.

COMBINED TUBERCULOSIS AND TUMOR-INDUCED LESIONS OF THE UROGENITAL SYSTEM

S.A. Belov, A.A. Gavrilov, P.S. Stepanov
Primorsky Regional TB Dispensary (2 Fifteenth St. Vladivostok 690041 Russia)

Summary – In 2007, the specialists of the urogenital tuberculosis department of the Primorsky Regional TB Dispensary operated two cases of combined tuberculosis and tumour-induced lesions of the urogenital system. The first one was combined lesion of bladder, the latter – that of the prostate. As indicated in the foreign and Russian literature, there is no evident statistic data about occurrence of these lesions. Therefore, the timely diagnosed oncologic pathology allowed to carry out radical surgery with favourable outcome. The difficulties of diagnosing these lesions of the urogenital system in the specialized departments point out the need to pay attention to oncologic alarm.

Key words: urogenital cancer, tuberculosis, surgery.