



<sup>1</sup> Новосибирский  
НИИ туберкулеза  
Минздрава России

<sup>2</sup> Новосибирский  
государственный  
медицинский  
университет  
Минздрава России

# Случай свищевой формы туберкулеза предстательной железы

Е.В. Кульчавеня<sup>1,2</sup>, В.Т. Хомяков<sup>1</sup>, Е.В. Брижатюк<sup>1</sup>, А.В. Осадчий<sup>1</sup>,  
О.П. Швецова<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Екатерина Валерьевна Кульчавеня, urotub@yandex.ru

*Туберкулез предстательной железы является трудным для ранней диагностики заболеванием, что связано с отсутствием характерных клинических и лабораторных проявлений, а также невысокой частотой обнаружения микобактерий туберкулеза в секрете простаты и/или эякуляте. Кроме того, в последнее время получило распространение сочетание туберкулезного и неспецифического воспаления. В статье приводится клинический случай, в котором трудности диагностики и лечения туберкулеза предстательной железы были в значительной степени обусловлены присоединением вторичной микрофлоры, которая, вероятно в силу неоптимальной антибактериальной терапии, приобрела множественную устойчивость.*

**Ключевые слова:** туберкулез предстательной железы, функционирующий свищ мошонки, рокситромицин

## Введение

В 1993 г. эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) провозгласили лозунг «Туберкулез – глобальная опасность», признав, что эта инфекция представляет собой не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему. По данным ВОЗ, распространенность туберкулеза в мире составляет 0,18%, около 30% населения инфицировано микобактериями туберкулеза, кроме того, отмечается увеличение заболеваемости туберкулезом среди лиц молодого возраста. Туберкулез занимает первое место в структуре причин смертности взрослого населения [1–5].

Туберкулез предстательной железы всегда считался заболеванием, необычайно трудным для ранней

диагностики в силу отсутствия характерных клинических и лабораторных проявлений, а также невысокой частоты обнаружения *Mycobacterium tuberculosis* (микобактерия туберкулеза, МБТ) в секрете простаты и/или эякуляте. Однако, по данным аутопсий, туберкулезное поражение предстательной железы встречается у 70% больных с распространенными формами туберкулеза легких, как правило, прижизненно не диагностированное. В этой связи туберкулез предстательной железы нельзя считать редкой формой заболевания [6].

При обращении к фтизиоурологу у половины больных выявляются дизурия; 40% мужчин предъявляют жалобы на боль в промежности; 59% жалуются также на боль в поясничной области.

Лабораторные исследования показывают повышенное содержание лейкоцитов в осадке мочи у 85% пациентов, а у 78% – в секрете простаты. Эритроциты присутствуют у 53% больных в моче и у 29% – в секрете простаты. МБТ обнаруживается лишь в 36% случаев. По нашему мнению, это объясняется длительными предшествующими курсами лечения антибиотиками, в том числе рифампицином, некоторыми препаратами группы аминогликозидов, которые бактерицидны по отношению к микобактерии туберкулеза, а также фторхинолонов, которые способствуют персистенции МБТ. Это предположение подтверждается различиями в частоте положительных посевов у городских (25%) и сельских (42%) жителей. Горожанам по ряду причин проще принимать современные антибиотики, они больше склонны к самолечению, что в последующем, естественно, затрудняет идентификацию МБТ в патологическом материале [7].

## Клинический случай

Больной С.А., 42 года, житель Новосибирска, по профессии столяр. Был госпитализирован в урогенитальную клинику Новосибирского НИИ туберкулеза Минздрава России 1 февраля 2013 г. с жалобами на функционирующий свищ мошонки.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным с июля 2012 г., были жалобы на увеличение мошонки, инфильтрат в ней, субфеб-



рильную температуру. Получал антибактериальную терапию без эффекта. В сентябре 2012 г. оперирован по поводу абсцедирования мясистой оболочки яичка слева в отделении гнойной хирургии общелечебного стационара; гистологическое и бактериологическое исследование операционного материала не проводилось. Через месяц свищ мошонки рецидивировал. В декабре 2012 г. выполнены некрэктомия, иссечение свища. Однако гистологическое и бактериологическое исследование операционного материала также не проводилось. Поскольку в январе 2013 г. свищ рецидивировал в третий раз, был заподозрен туберкулез, и пациент направлен в Новосибирский НИИ туберкулеза Минздрава России.

**Анамнез жизни.** Контакт с туберкулезной инфекцией больной отрицает, до 2012 г. переносил редкие острые респираторные заболевания, операций, травм не было. Больной вел здоровый образ жизни. Диспансеризацию не проходил.

**При пальпации мошонки.** Яички обычных размеров и консистенции. Справа придаток не изменен, слева несколько уплотнен. На нижней поверхности мошонки точечный свищ со скудным отделяемым. Ткани мошонки по средней линии уплотнены. Пальпация умеренно болезненна.

**Пальцевое ректальное исследование.** Ампула свободна, простата несколько увеличена, негетерогенно уплотнена, срединная бороздка сглажена. Пальпация слабо болезненна.

**Результаты обследования.** Больному проведено комплексное обследование. 7 февраля 2013 г. в отделяемом свища обнаружен рост *Staphylococcus haemolyticus*  $10^3$  КОЕ/мл, устойчивого к пенициллину, оксациллину, ампициллину/сульбактаму, гентамицину, эритромицину, триметоприм/сульфаметоксазолу, тетрациклину, ципрофлоксацину. В моче роста микрофлоры отмечено не было, в эякуляте выявлены единичные колонии *Staphylococcus*

*haemolyticus*. Микобактерии туберкулеза в моче, секрете простаты, эякуляте и отделяемом свища методом люминесцентной микроскопии определены не были.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки очаговых, инфильтративных изменений в легких не выявлено. Корни частично перекрыты расширенной в обе стороны сердечной тенью. Синусы свободны. Купола диафрагмы четкие, ровные. С дифференциально-диагностической целью выполнена провокационная подкожная туберкулиновая проба Коха с 50 ТЕ, которая расценена как сомнительная в связи с выраженной уколочной реакцией и нарастанием пиоспермии.

Уретрография показала, что в проекции левой доли предстательной железы определяются множественные кальцинаты, контрастируются все отделы уретры и мочевого пузыря. Контуры передней уретры четкие, ровные, просвет не изменен; в простатической части уретры и предстательной железе выявляются деструктивные изменения (каверна простаты).

Была проведена томография брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза с контрастным усилением. Почки расположены в типичном месте, имеют обычную форму и размеры. Контуры почек четкие, несколько неровные за счет мелких втяжений и фиброзных тяжей. Синусы не расширены. Контрастирование паренхимы почек своевременное, дифференцировка слоев сохранена. Толщина паренхимы не уменьшена. Участков измененной плотности в паренхиме почек не выявлено. Чашечно-лоханочная система с обеих сторон контрастируется своевременно, полностью, дифференцировка структур сохранена. Мочеточники имеют обычный ход и калибр. Мочевой пузырь имеет обычную форму и положение. Стенки мочевого пузыря четкие, ровные, содержимое гомогенное. Паравезикальная клетчатка не изменена. В предстательной железе выявляются множественные кальцинаты, со-

средоточенные преимущественно в парауретральной зоне. Таким образом, со стороны органов мочевой системы патологических изменений не обнаружено. Диагностированы множественные кальцинаты предстательной железы.

**Диагноз.** С учетом клинической картины, анамнеза, результатов пробы Коха II, рентгенологической картины выставлен диагноз: «Кавернозный туберкулез простаты, МБТ " ? ". Свищ мошонки».

**Лечение.** Назначена комплексная противотуберкулезная терапия, на фоне которой 27 февраля 2013 г. проведено хирургическое вмешательство: ревизия органов мошонки, иссечение свища. Придатки и яички визуально не изменены, значительное количество жировой ткани в семенном канатике симулировало эпидидимит. Иссечена кожа мошонки со свищами, абсцесс как таковой не определяется, от свищевых отверстий к корню мошонки идет плотный тяж диаметром 1,5 см. Тяж иссечен при помощи электроножа, направлен на гистологическое исследование. Осуществлен контроль гемостаза. В рану установлены резиновые выпускники, рана ушита до дренажей. Шов обработан спиртовым раствором хлоргексидина, наложена асептическая повязка, суспензорий на мошонку.

**Послеоперационный период.** Послеоперационный период протекал без осложнений. 12 марта 2013 г. было проведено патоморфологическое исследование. В коже эпидермис неравномерно утолщен за счет участков паракератоза, акантоза. Под эпидермисом, в дерме (вероятно, стенка свища) и в мягких тканях определяется диффузный гнойный инфильтрат с наличием гранул инородных тел, с обилием эозинофилов и гемосидерофагов. Отмечаются некрозы стенок сосудов с выраженной периваскулярной инфильтрацией из эозинофилов, лимфоцитов, плазматических клеток. В центре некоторых гранул определяются фрагменты паразитов (микропрепарат представлен на



Рисунок. На фоне выраженного воспаления – включение, подозрительное на глистную инвазию

рисунок). Поскольку пациент не выезжал в экзотические страны, не держит сельскохозяйственных животных, наличие гельминтов в отделяемом свища было сомнительным. Микропрепарат был рассмотрен ведущими паразитологами России, Японии и Кореи, и в результате консилиума было принято решение о том, что это реакция на инородное тело, учитывая профессию пациента, вероятнее всего на занозу.

В послеоперационном периоде, несмотря на комплексную этиопатогенетическую терапию (изониазид, левофлоксацин, рифампицин, пиразинамид, ПАСК, Селцинк Плюс, клемастин, токоферола ацетат, цефотаксим, локальная лазеротерапия) заживление раны проходило вяло, по-прежнему высевался полирезистентный *Staphylococcus haemolyticus* 10<sup>4</sup> КОЕ/мл. Пациенту был назначен рокситромицин по 300 мг/сут в течение 20 дней, после чего свищ полностью зажил вторичным натяжением, инфильтрат в мошонке значительно уменьшился. По завершении курса интенсивной химиотерапии пациент был переведен в санаторий для продолжения лечения.

#### Заключение

Туберкулез предстательной железы – сложное для диагностики заболевание. В доантибактериальную эру основным диагностическим критерием была асептическая пиурия, в последние годы сочета-

ние туберкулезного и неспецифического воспаления встречается у 75% пациентов [6]. В приведенном клиническом случае трудности как диагностики, так и лечения были в значительной степени обусловлены присоединением вторичной микрофлоры, которая, вероятно в силу неоптимальной антибактериальной терапии, приобрела множественную устойчивость. В данной ситуации было оправданно применение рокситромицина (Эспарокси, ЭСПАРМА ГмбХ). Эспарокси – полусинтетический антибиотик группы макролидов – принимается внутрь в один-два приема, что обеспечивает высокую приверженность пациентов данному методу лечения. Хорошо проникает в ткани, особенно в легкие (концентрация 5,6–3,7 мг/кг), небные миндалины (2,6–1,7 мг/кг) и предстательную железу (2,8–2,4 мг/кг), а также внутрь клеток, особенно в нейтрофильные лейкоциты и моноциты, стимулируя их фагоцитарную активность. ☺

#### Литература

1. Bates J.H., Stead W.W. The history of tuberculosis as a global epidemic // Med. Clin. North Am. 1993. Vol. 77. № 6. P. 1205–1217.
2. Rook G.A., Seah G., Ustanowski A. Tuberculosis: immunology and vaccination // Eur. Resp. J. 2001. Vol. 17. № 3. P. 537–557.
3. Owens B., Klaudt K. TB Advocacy: a practical guide. WHO Global Tuberculosis Programme, 1999. 42 p.
4. Tuberculosis: WHO Fact Sheet № 104. WHO, 2002 // www.who.int/mediacentre/factsheets/who104/en/print.html.
5. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2005. World Health Organization, Geneva, 2005. 258 p.
6. Кульчавеня Е.В. Трудности диагностики туберкулеза мочеполовой системы. Новосибирск: Юпитер, 2004. 108 с.
7. Урология: национальное руководство / под ред. Н.А. Лопаткина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1022 с.

#### Tuberculous prostatic fistula: a case report

Ye.V. Kulchavenya<sup>1,2</sup>, V.T. Khomyakov<sup>1</sup>, Ye.V. Brizhatyuk<sup>1</sup>, A.V. Osadchy<sup>1</sup>, O.P. Shvetsova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Novosibirsk Tuberculosis Research Institute of the Ministry of Health of Russia

<sup>2</sup> Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia

Contact person: Yekaterina Valeryevna Kulchavenya, urotub@yandex.ru

*Prostatic tuberculosis is a difficult for early diagnosis condition due to lack of specific clinical and laboratory signs and low Mycobacterium tuberculosis detection rate in prostatic secretion or ejaculate. Currently, tuberculous and non-specific inflammation frequently coexists. In this case report, difficulties of prostatic tuberculosis diagnosis and treatment were to a large extent related to multi-resistant secondary pathogens induced by non-optimal antibacterial therapy.*

**Key words:** prostatic tuberculosis, active scrotal fistula, roxithromycin