

*Брижатюк Е.В.<sup>1</sup>, Кульчавеня Е.В.<sup>1,2</sup>, Хомяков В.Т.<sup>1</sup>, Холтобин Д.П.<sup>1</sup>,  
Осадчий А.В.<sup>1</sup>*

## **Нейрогенный мочевой пузырь у больной рассеянным склерозом, симулирующий туберкулёзный цистит**

1 - ФГБУ «ННИИТ» Минздравсоцразвития России, урогенитальная клиника, г. Новосибирск; 2 – ГОУ ВПО «НГМУ» Минздравсоцразвития России, кафедра туберкулёза, г. Новосибирск.

*Brizhatyuk E.V., Kulchavenya E.V., Homiyakov V.T., Holtobin D.P., Osadchiy A.O*

### **Neurogenic bladder in patient with multiple sclerosis which caused tuberculosis cystitis**

#### **Резюме**

Приводится клиническое наблюдение пациентки, ошибочно диагностированной как туберкулёз мочевого пузыря, даётся обсуждение материала.

#### **Summary**

A case of misdiagnosed tuberculous cystitis is demonstrated with discussion.

#### **Введение**

Туберкулёз мочеполовой системы, и его наиболее тяжёлое осложнение – туберкулёз мочевого пузыря, - не имеют патогномичных симптомов и скрываются под маской других заболеваний. Возможна и обратная ситуация, когда неспецифическая патология мочевого пузыря демонстрирует признаки туберкулёза, что приводит к неверной диагностике и неправильному, потенциально опасному лечению. Этот постулат наглядно подтверждает история болезни пациентки 3. 46 лет, которая поступила в урогенитальную клинику Новосибирского НИИ туберкулёза с подозрением на уротуберкулёз. Предъявляла жалобы на учащённое, с интервалом 20-30 минут, безболезненное мочеиспускание, частые императивные позывы с эпизодами неудержания мочи, в том числе ночью. Также беспокоила слабость в ногах, шаткость походки, головокружение.

#### **Материалы и методы**

Анамнез заболевания: Считает себя больной в течение 10 лет, когда впервые в жизни появилось учащённое, безболезненное, императивное мочеиспускание. В то время жила в Читинской области в тайге и к врачам не обращалась. В ноябре 2007 перенесла острый пиелонефрит, развитие которого связали с нарушением уродинамики на фоне нефроптоза, по поводу чего была выполнена плановая нефрэктомия справа. Вскоре после операции однажды утром не смогла встать с постели – «не слушались ноги». В результате неврологического обследования выставлен диагноз рассеянный склероз. На фоне терапии, проводимой в неврологическом стационаре, отме-

тила урежение микций и улучшение удержания мочи, однако после выписки из стационара дизурия вновь усилилась. Обратилась к урологу в связи с появлением боли при мочеиспускании. На основании длительно текущей дизурии и пиурии, резистентных к стандартной терапии и цистографической картины (рис.1 – смотрите рисунок на цветной вкладке журнала), был заподозрен туберкулёз. Контакт по туберкулёзу отрицает.

Диагноз при поступлении: Туберкулёз мочевой системы, микроцистит? Нейрогенный мочевой пузырь? Рецидивирующий неспецифический цистит? Сопутствующий диагноз: Рассеянный склероз, вторично-прогрессирующее течение. III степень тяжести, ухудшение, центральный тетрапарез до 2 баллов (грубее в ногах), мозжечковая и сенситивная анаксия, проводниковая гипестезия. Нарушение функции тазовых органов по центральному типу (неудержание мочи).

При обследовании выявлены лейкоцитурия и бактериурия - рост *E.coli* 5x10<sup>8</sup> КОЕ/мл, чувствительна к гентамицину, цефалоспорином, устойчива к ампициллину и фторхинолонам.

На обзорном снимке грудной клетки патологии не выявлено. На экскреторных урограммах контрастирование чашечно-лоханочной системы зафиксировано на 5-й минуте симметрично с обеих сторон. Чашечно-лоханочная система обеих почек умеренно расширена, деструктивных изменений не выявлено. Мочеточники не расширены, отображаются цистондами. Форма мочевого пузыря правильная, контуры четкие, ровные. В вертикальном положении левая почка опускается на высоту тела 1 позвонка, правая - на 2 позвонка.

Назначена терапия ex juvantibus I типа гентамицином, дополнительно - дриптан 5 мг внутрь 2 раза в день. На фоне терапии отмечалось увеличение интервалов между микциями до 2-3 часов, купирование ноктурии, императивных позывов, нормализация анализов мочи.

После завершения курса неспецифической антибактериальной терапии выполнена провокационная туберкулиновая проба с 50 ТЕ. Отрицательные результаты провокационного теста и положительный эффект терапии ex juvantibus I типа позволили исключить туберкулез.

Выполнена контрольная микционная цистография: форма, расположение и размеры мочевого пузыря в пределах нормы. Контуры мочевого пузыря ровные. Во время опорожнения пузырно-мочеточниковый рефлюкс не зафиксирован (рис. 2 – смотрите рисунок на цветной вкладке журнала).

Заключительный диагноз: Нейрогенный (гиперактивный) мочевой пузырь. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический неспецифический цистит.

Сопутствующее заболевание: Рассеянный склероз, вторично-прогрессирующее течение. III степень тяжести, ухудшение, центральный тетрапарез до 2 баллов (грубее в ногах), мозжечковая и сенситивная анаксия, проводниковая гипестезия. Нарушение функции тазовых органов по центральному типу.

## Результаты и обсуждение

Рассеянный склероз впервые описал в 1868 году Жан-Мартен Шарко [1]. Это хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся развитием множественных склеротических очагов, поражающих проводящие пути в центральной нервной системе. Морфологически в этих зонах выявляется демиелинизация нервных волокон и разрастание клеток нейроглии [2]. Этиология заболевания недостаточно изучена. Доказано значимое влияние первичных, либо вторичных аутоиммунных процессов в патогенезе заболевания. Манифестация заболевания, как правило, связана с какими-либо провоцирующими ситуациями: травмы, операции, беременность, стрессы и т.д. Следует отметить, что при рассеянном склерозе нет ни одного специфического, характерного лишь для этого заболевания симптома. У каждого больного имеет место индивидуальное сочетание различных симптомов, соответствующих расположению очагов поражения в центральной нервной системе. Рассеянный склероз — довольно распространённое заболевание. В мире насчитывается около 3 млн. больных рассеянным склерозом, в России — более 200 тыс. Распространение рассеянного склероза зависит от географиче-

ской широты. До недавнего времени было принято выделять три зоны, различающиеся по степени заболеваемости рассеянным склерозом. К зоне высокого риска — 30 и более случаев на 100 тыс. населения, относятся регионы, расположенные севернее 30-й параллели на всех континентах. Риск развития рассеянного склероза связан не только с местом проживания, но и принадлежностью к определённой расе, этнической группе. В большей степени болезнь распространена среди людей европеоидной расы. Рассеянный склероз редко встречается в Японии, Корее, Китае: от 2 до 6 случаев на 100 тыс. Населения [3]. Достаточно часто у пациентов наблюдаются различные нарушения функции тазовых органов: императивные позывы к мочеиспусканию, недержание или задержка мочи, запоры или недержание кала, нарушение сексуальной функции. Изменения в сексуальной жизни происходят у 91 % больных рассеянным склерозом мужчин и 72 % женщин [2].

## Выводы

Анамнестически в течение длительного времени у пациентки наблюдалась дизурия, не характерная для острого воспалительного заболевания мочевого пузыря: отсутствие болевого синдрома, внезапные императивные позывы с неудержанием мочи. Уже на этом этапе возможно было заподозрить нейрогенное нарушение функции мочевого пузыря, что, вероятно, и было одним из первых проявлений рассеянного склероза, однако пациентка не обращалась за медицинской помощью. Рассеянный склероз был диагностирован в период прогрессирования. В поле зрения урологов пациентка попала в момент развития вторичных инфекций мочевых путей, что осложняло выявление нейрогенного компонента дизурии. Приведенные рентгенограммы убедительно доказывают необходимость трактовки объективных результатов исследования с учетом тщательно собранного анамнеза и клинической симптоматики во избежание фатальных ошибок.

*Брижатюк Е.В.* - г. Новосибирск, ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России, урогенитальная клиника; *Кульчавеня Е.В.* - г. Новосибирск, ГОУ ВПО «НГМУ» Минздрава России, кафедра туберкулеза, ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России, урогенитальная клиника; *Хамяков В.Т.* - г. Новосибирск, ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России, урогенитальная клиника; *Халтобин Д.П.* - г. Новосибирск, ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России, урогенитальная клиника; *Осадчий А.В.* - г. Новосибирск, ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России, урогенитальная клиника.

## Литература:

1. Clanet M. Jean-Martin Charcot. 1825 to 1893 / Clanet M. // Int MS J.-2008.- 15 (2).- С. 59–61.
2. Рассеянный склероз: руководство для врачей / Т.Е.Шмидт, Н.Н. Яхно.- 2-е изд.- М: МЕДпресс-информ, 2010.-272 с.
3. Kurtzke J.F. Epidemiologic evidence for multiple sclerosis as an infection/ Kurtzke J.F./ Clin. Microbiol.- 1993.- Rev. 6 (4).- С. 382–427.

Фомкин Р.Н., Блюмберг Б.И.  
 Применение робота HIFU в лечении рака простаты

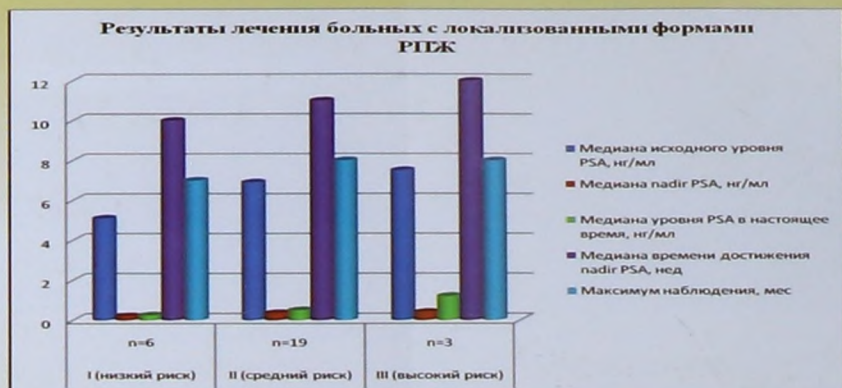


Рис. 1 Результаты лечения больных с локализованными формами РПЖ методом HIFU



Рис. 2 Результаты лечения больных с локализованными формами РПЖ методом HIFU

Е.В. Брижатюк, Е.В. Кульчавеня, В.Т. Хомяков, Д.П. Холтобин, А.В. Осадчий  
 Нейрогенный мочевой пузырь у больной рассеянным склерозом, симулирующий туберкулёзный цистит



Рис.1. Микционная цистограмма при поступлении - малый объём мочевого пузыря, пузырно-мочеточниковый рефлюкс справа

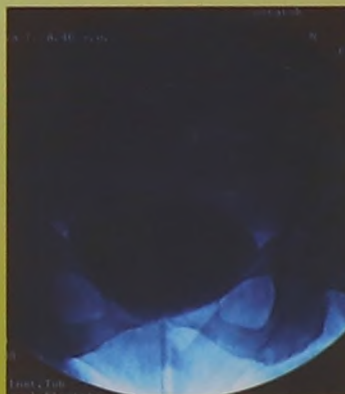


Рис.2. Микционная цистограмма после лечения гентамицином и дриптаном – объём мочевого пузыря достаточный, рефлюкса нет.