федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Методические указания для подготовки ординаторов к практическим занятиям

по дисциплине

ФТИЗИОУРОЛОГИЯ

по специальности

31.08.68 Урология

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре 31.08.68 Урология*,* утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России. Протокол № 11 от 22.06.2018 года.

Оренбург

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ И НАПИСАНИЮ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**ВВЕДЕНИЕ**

Туберкулез мочеполовой системы, являясь хроническим инфекционным заболеванием, часто протекает бессимптомно или под «маской» других воспалительных процессов. Это создает значительные трудности в своевременном выявлении больных туберкулезом.

Целью написания учебной истории болезни является умение систематизировать данные анамнеза, жалоб, объективного исследования и сформулировать предварительный диагноз. На последующем этапе курации при помощи дополнительных методов - поставить клинический диагноз, дать рекомендации по лечению больного, определить прогноз клинического излечения, дать рекомендации по его реабилитации.

**КЛАССИФИКАЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА**

Классификация любого заболевания имеет основополагающее значение, поскольку позволяет определить тактику ведения пациента и прогноз.

Клиническая классификация урогенитального туберкулеза включает туберкулез мочевой системы, объединяющий туберкулез почек и мочевыводящей системы, а также туберкулез половых органов.

**I. ТУБЕРКУЛЕЗ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ:**

 1**. Туберкулез почек**

Туберкулёз паренхимы почек (1-я стадия, бездеструктивная форма) – подлежит только консервативному лечению.

Туберкулёзный папиллит (2-я стадия, ограниченно-деструктивная форма) подлежит консервативному лечению, хирургические пособия показаны при развитии осложнений.

Кавернозный нефротуберкулёз (3-я стадия, деструктивная форма) – возможно излечение консервативным путем с трансформацией каверны в санированную кисту, но, как правило, химиотерапия дополняется оперативным лечением.

Поликавернозный нефротуберкулёз (4-я стадия, распространенно- деструктивная форма) – форма, бесперспективная для консервативного излечения, показана нефрэктомия).

Осложнения нефротуберкулеза: хроническая почечная недостаточность (ХПН), формирование свища поясничной области вследствие прорыва каверны почки в паранефральное пространство, артериальная гипертензия.

**2. Туберкулез мочевыводящих путей** (лоханки, мочеточника, мочевого пузыря, уретры) всегда вторичен по отношению к туберкулезу почек.

**II. ТУБЕРКУЛЕЗ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:**

Туберкулёзный эпидидимит (одно- или двусторонний).  Туберкулёзный орхоэпидидимит (одно- или двусторонний).

Туберкулёз предстательной железы (инфильтративная форма или кавернозная).

Туберкулёз семенных пузырьков.

Туберкулёз полового члена.

Осложнения туберкулеза мужских половых органов: свищи мошонки и промежности, бесплодие, сексуальная дисфункция.

**III. ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:**

туберкулез вульвы, шейки матки, эндометрия, туберкулезный сальпингоофорит.

**IV. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ МОЧЕПОЛОВОЙ ТУБЕРКУЛЕЗ** – одновременное поражение органов мочевой и половой систем; как правило, сопровождается развитием осложнений.

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**Общие сведения о больном**

А) Фамилия, имя, отчество;

Б) Возраст больного;

В) Место работы; учебы

Г) Должность;

Д) Домашний адрес, телефон;

Е) Дата поступления в стационар.

**Жалобы больного. История настоящего заболевания.**

На момент курации и на момент поступления в стационар. Выделить общие (туберкулезная интоксикация) и локальные симптомы.

При беседе с больным следует выяснить, что беспокоит пациента, что его привело к врачу. Куратор отмечает дату начала заболевания или появления его первых признаков. Поэтапно фиксирует течение заболевания. Указывает на причины, предшествовавшие заболеванию, которые, по мнению больного, могли его вызвать (инфекции, травмы, интоксикации, переохлаждение, нарушение диеты и др.). Выясняет, какие исследования проводились больному до поступления в клинику, к какому врачу обращался, какой был установлен диагноз, указывает проводившиеся лечения и оперативные пособия, какой был терапевтический эффект. Отмечает причину поступления пациента в клинику: с каких признаков началось заболевание. Симптомы интоксикации: вялость, потливость, снижение аппетита, похудание или отсутствие прибавки в весе.

**Боль.** Одной из частых причин обращения больного к врачу является боль. Куратор выясняет характер боли – острая, ноющая, приступообразная. Обращает внимание больного на локализацию боли – поясничная область, подреберье, надлобковая область, крестец, наружные половые органы, промежность. Спрашивает когда появляется или усиливается боль – в покое, при физической нагрузке, в вертикальном положении тела, при тряской езде, во время мочеиспускания (в начале акта, в конце, на всем протяжении). Изменяется ли интенсивность боли при перемене положения тела. Сопровождается ли боль дизурией. Акцентрирует внимание на иррадиацию боли – в соответствующую половину живота, бедро, наружные половые органы.

Следует помнить, что при урологических заболеваниях боль не всегда определяется в соответствии с локализацией пораженного органа (поясничной области и подреберье при заболеваниях почек; соответствующей половине животе при патологическом процессе в мочеточнике; надлобковой области при заболевании мочевого пузыря; крестцовой области при заболеваниях простаты; в половом члене, уретре, мошонке – при заболеваниях этих органов), но и нередко больной указывает и лишь место иррадиации боли – при заболевании почки и верхней 1/3 мочеточника часто внимание больного фиксируется на надлобковую область, наружные половые органы, мошонку; при заболевании простаты пациент указывает на боль в мошонке, яичке и т.д.

**Расстройства мочеиспускания (дизурия).** Куратор выясняет у больного, имеются ли расстройства мочеиспускания. Обращает его внимание на частоту мочеиспускания, болезненность, учащение мочеиспускания в ночное время, затруднение мочеиспускания. Спрашивает, нет ли позыва к мочеиспусканию спустя 10 – 15 минут после опорожнения мочевого пузыря, изменяется ли характер струи в зависимости от положения тела, нет ли ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря, приходится ли больному натуживаться при мочеиспускании, изменится ли характер струи, имеется ли недержание мочи.

Выяснение дизурии позволяет куратору заподозрить клинические проявления заболеваний почек, мочеточников, мочевого пузыря, простаты, уретры.

Учащение мочеиспускания – поллакиурия, позволяет предположить воспалительный процесс в мочевом пузыре, простате..

Болезненность мочеиспускания характерна для воспалительного процесса мочевого пузыря, простаты, уретры.

При учащении мочеиспускания в ночное время (ночной поллакиурии) следует задуматься о наличии у больного гиперплазии простаты.

Затруднение мочеиспускания с натуживанием позволяет заподозрить у больного гиперплазию простаты, рак простаты, склероз шейки мочевого пузыря, сриктуру уретры, клапан уретры, фимоз.

Олигурия. Особое внимание куратор уделяет выяснению количества суточной мочи. За сутки здоровый человек выделяет 1200 – 1500 мл мочи. Уменьшение выделения мочи (менее 500 мл за сутки) – олигоурия. Она наблюдается при лихорадочных состояниях, потерях жидкости при рвоте, поносе. Олигурия может иметь место при снижении артериального давления, терминальной стадии почечной недостаточности, билатеральном нефролитиазе.

Анурия. Чрезвычайно грозный симптом, характеризующийся отсутствием мочи в мочевом пузыре. Наблюдается при нарушении оттока мочи из почек или единственной почки.

**Изменение цвета мочи.** Куратор спрашивает больного об изменении цвета мочи. Обращает его внимание на наличие в моче крови. Если пациент указывает на имевшую место макрогематурию, куратор выясняет, какой вид гематурии – инициальная, тотальная, терминальная. Спрашивает, не было ли в моче сгустков крови, и какой вид они имели (бесформенные или червеобразные). Обращает внимание больного на возможное наличие крови в сперме (гемоспермия). Делает акцент на появление крови из мочеиспускательного канала помимо акта мочеиспускания (уретроррагия). Спрашивает, не было ли у пациента мочи белого цвета (фосфатурия, хилурия, уратурия).

Выяснение изменения цвета мочи позволяет куратору заподозрить урологическое заболевание и нередко опухоль мочевых путей различной локализации. Так инициальная гематурия позволяет думать о наличии патологического процесса в передней уретре. Терминальная гематурия позволяет думать о наличии патологического процесса в задней уретре, шейке мочевого пузыря, простате, семенных пузырьках. При тотальной – поражение мочевого пузыря, мочеточников, почек. При тотальной макрогематурии необходима срочная цистоскопия для выяснения источника кровотечения. Выделение с мочой бесформенных сгустков большей частью указывает на наличие источника кровотечения в мочевом пузыре; при червеобразных сгустках – поражение почек, мочеточников. Гемоспермия локализует патологический процесс в простате, семенных пузырьках, семенном бугорке.

**Эпидемиологический анамнез**

 Выяснить возможность контакта с больными активным туберкулезом в семье, среди родных и знакомых, по месту работы, учебы. Выяснить дату флюорографического обследования близких родственников и его результат.

**Семейный анамнез**

 Возраст родителей и состояние их здоровья. Не болел ли кто-либо из них туберкулезом, не наблюдался ли в тубдиспансере.

**История жизни больного, условия жизни и перенесенные заболевания**

 Перенесенные заболевания. Перечислить в хронологическом порядке заболевания, как они протекали, какие были осложнения.

 Условия жизни: жилище, состав семьи, питание, наличие вредных привычек у членов семьи (алкоголизм, наркомания, курение), пребывание их в ИТУ. Обращают внимание на аллергологический анамнез. Указывают на переносимость больным лекарственных препаратов, антибиотиков.

**Сведения о туберкулиновых пробах, диаскинтесте (рекомбинантном туберкулезном аллергене) и прививках вакциной БЦЖ (для детей и подростков)**

 Ставились ли туберкулиновые пробы - реакции Манту и пробы с ДСТ. Желательно точно установить год и месяц пробы. Когда пробы ставились в последний раз. Как реагировал испытуемый на пробы (появление гиперемии, папулы, везикуло-некротической реакции и др.). Указать результат пробы в миллиметрах. Проводилась ли вакцинация. Дата проведения вакцинации. Проводилась ли ревакцинация, когда. Имеются ли какие-либо следы (рубчик на границе верхней и средней трети левого плеча) проведенной внутрикожной вакцинации. Характеристика местной прививочной реакции после проведения прививки. Как долго держались проявления, величина прививочного рубца.

**Настоящее состояние больного**

**1. Общие данные о состоянии больного.**

Общее самочувствие (субъективное), сознание (ясное, помраченное, ступор, сопор, эйфория). Раздражительность, озлобленность, безразличие. Положение в постели (активное, возбужденное, пассивное), температура тела, её характеристика за последнюю неделю, месяц. Ознобы.

**2. Телосложение, рост, вес.**

**3. Данные осмотра кожи, слизистых, склер.**

Окраска кожи и видимых слизистых, зуд кожи, влажность. Тургор кожи и подкожной клетчатки. Эластичность кожи. Кровоизлияния, рубцы, пятна, цианоз, узлы. Односторонний румянец и его «игра». Гиперестезии. Брови, ресницы, блеск склер, фликтены, эписклериты, симметричность зрачков.

**4. Подкожная клетчатка, её выраженность, отеки.**

**5. Лимфатические узлы.** Состояние затылочных, глубоких и поверхностных шейных, подчелюстных, подбородочных, над- и подключичных, передних и задних ушных, подмышечных, кубитальных, межреберных, паховых лимфатических узлов. Указать пальпируемые группы лимфоузлов, форму, консистенцию, локализацию, величину, болезненность, спаянность, подвижность.

**6. Кости, мышцы, суставы**

**7. Органы дыхания.**

Объективно: осмотр формы носа, гортани, трахеи. Форма грудной клетки, её деформации, ассиметрии (выпячивание или втяжение одной половины), сглаживание межреберий (при плеврите, пневмотораксе), уплощение грудной клетки сзади (при железисто-плевральных поражениях), крыловидное выстояние лопаток (при бронхоаденитах). Отставание одной половины при дыхании (плевриты, ателектаз). Расширение кожных вен грудной клетки. Пальпация грудной клетки: повышенная резистентность и болезненность (при вовлечении париетальной плевры). Понижение тургора и слоя подкожной клетчатки на одной стороне в подлопаточной области (при рецидивирующих бронхоаденитах, слипчивых плевритах, фибротораксе). Голосовое дрожание: усиление, ослабление, указать место измененного голосового дрожания. Ощущение трения плевры при пальпации. Перкуссия. Аускультация легких. Кроме выявления характера дыхания дать количественную оценку, т.е. по отношению к каждому типу дыхания указать, имеется ли ослабление, усиление дыхания или оно отсутствует. Хрипы, их локализация, характер хрипов (сухие, влажные, калибр влажных, характер сухих). Крепитация. Шум трения плевры. Бронхофония (усиленная, ослабленная, отсутствие).

**8. Сердечно-сосудистая система.**

Субъективно: сердцебиение, перебои, неприятные ощущения в области сердца, боли в области сердца, их локализация и характер. Одышка при физической нагрузке, одышка в покое. Отеки. Время их появления, локализация (стопы, голени, лицо и прочие участки).

Объективно: осмотр сердечной области. Видимая пульсация в области сердца или подложечной области. Пальпация сердца: верхушечный толчок, его локализация и сила. Перкуссия сердца: границы относительной и абсолютной тупости сердца (по линиям и межреберьям). Осмотр артерий и вен. Пульс на лучевой артерии, частота, ритм, наполнение, напряжение, артериальное давление на обеих руках.

**9. Органы пищеварения.**

Субъективно: аппетит, вкус, запах изо рта, слюнотечение, жажда, глотание, изжога, отрыжка, тошнота, рвота. Боль: локализация, характер, сила, продолжительность, зависимость от приема пищи, вздутие живота, тяжесть, урчание, переливание. Деятельность кишечника, число дефекаций, характер испражнений.

Объективно: осмотр живота, ориентировочная пальпация, глубокая, скользящая пальпация (пальпация сигмы, слепой, поперечно-ободочной кишки, тонкого кишечника, желудка, лимфатических узлов, брыжейки).

**10. Мочеполовая система (локальный статус).** Куратор начинает осмотр с поясничных областей. Проверяет, нет ли припухлости, деформации, сколиоза, гиперемии. Проводит пальпацию почек в положении больного на спине, на правом и левом боку, стоя.

Определяется симптом Пастернацкого, напряжение мышц поясничной области и соответствующего подреберья.

При наличии опухолевидного образования в подреберье и поясничной области проверяется симптом баллотирования, проводит перкуссию над этим образованием.

Отражает результаты осмотра и пальпации надлобковой области (мочевого пузыря).

Проводит перкуссию мочевого пузыря до и после мочеиспускания.

Проводит осмотр и пальпацию наружных половых органов (у мужчин).

Отражает наличие аномалий, деформаций, фимоза, выделений из наружного отверстия уретры.

Описывает состояние органов мошонки, обращая внимание на размеры яичек, их придатков, семявыносящего протока.

Проводит пальцевое исследование прямой кишки.

Обращает внимание на величину, консистенцию, болезненность простаты, наличие срединной бороздки между долями.

Отмечает состояние слизистой над ней, наличие инфильтрации парапростатической клетчатки.

На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, объективных данных куратор устанавливает предварительный диагноз. В зависимости от мысли куратора о характере заболевания, для подтверждения правильности своего предположении он назначает план обследования больного.

**Предварительный диагноз**

1. Имеется ли поражение мочполовых органов?

2. Распространенность, локализация, одно- или двустороннее поражение?

3.Группа заболеваний для дифференциальной диагностики?

**План дополнительного обследования. Результаты дополнительного обследования**

**Микробиологическое исследование мочи на МБТ.**

При подозрении на туберкулез показано бактериологическое исследование патологического материала максимально возможным набором методов:

1. микроскопия окрашенного по Цилю-Нильсену препарата или люминесцентная микроскопия,
2. молекулярно-генетические методы, основанные на применении полимеразной цепной реакции (ПЦР),
3. посев на жидкие питательные среды (Middlebrook 7H9) с использованием автоматизированных систем культивирования, например, BACTEC MGIT 960, с последующим определением лекарственной устойчивости возбудителя, посев на плотные среды Финн-2 и Левенштейна-Йенсена с последующим определением лекарственной устойчивости возбудителя,
4. автоматизированный тест амплификации нуклеиновой кислоты (GeneXpert Mtb/Rif) для одновременного выявления МБТ и определения ее устойчивости к рифампицину.

Патологическим материалом является осадок утренней мочи, секрет простаты, эякулят, моча, полученная после массажа простаты и после эякуляции, биоптаты мочевого пузыря и предстательной железы, менструальная кровь, отделяемое свищей, операционный материал.

Патоморфологическое исследование. Патоморфологически в операционном материале или в биоптатах определяются гранулемы, казеозный некроз, однако эти изменения нестойки, и, если пациент получал антибактериальную терапию фторхинолонами, амикацином по поводу ошибочно диагностированной инфекции мочеполовой системы, под маской которой протекал процесс, специфические гистологические изменения трансформируются в фиброз. Следует ткани окрашивать также методом Циля-Нильсена для обнаружения МБТ, возможно проведение иммуногистохимического исследования.

**Биохимическое исследование мочи и крови.** С-реактивный белок. Фибриноген, креатинин, протромбин крови. Исследование мочи на содержание уробилина и билирубина (проводится при наличии соответствующих показаний).Анализ мочи по Нечипоренко с определением «активных» лейкоцитов. Анализ мочи по Зимницкому. Общий анализ мочи, секрета простаты (при необходимости). Анализ мочи на бактериологическое исследование и определение чувствительности к антибактериальным препаратам. Остаточный азот, мочевина сыворотки крови. Белки крови и их фракции. Глюкоза крови. Мочевая кислота крови. Креатинин крови. Другие биохимические анализы крови в зависимости от необходимости.

**Проведение пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным** «ДИАСКИНТЕСТ». Оценивается результат пробы в виде местной реакции на введение препарата через 72 часа. Как реагировал пациент на пробы (появление гиперемии, папулы, везикуло-некротической реакции и др.). С чем может быть связана та или иная реакция?

**Рентгенологическое исследование**

 Рентгенологическое исследование больного. Обзорная рентгенограмма легких для исключения туберкулеза органов дыхания.. Рентгенограммы и томограммы, имеющиеся у больного, описываются куратором самостоятельно.Обзорный снимок мочевых путей. Экскреторная урография и ее модификации.

**Ультразвуковые методы** исследования почек, мочевого пузыря, простаты. Компьютерная томография и магнитно – резонансная томография.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз - вторая существенная часть самостоятельной работы над историей болезни. Проводя дифференциальный диагноз, нобходимо тщательно проанализировать все клинические проявления, все данные обследования и обсудить их, т.е. указать, что может быть уложено в проявление иного, не туберкулезного процесса, что противоречит подобному заключению. На основании каких именно проявлений у больного отказались от диагноза данного нетуберкулезного процесса. Дифференциально-диагностический ряд включает мочекаменную болезнь, неспецифические инфекционно-воспалительные и онкологические заболевания органов мочеполовой системы. Сложность дифференциальной диагностики обусловлена схожестью ряда клинических и лабораторных проявлений (боль, дизурия, макрогематурия, почечная колика, гемоспермия); кроме того, возможно сочетание этих заболеваний. Так, одновременное развитие туберкулеза почки и мочекаменной болезни наблюдается с частотой до 45%. Диагноз УГТ достоверно исключен, если ни в одном образце ни одного вида патологического материала ни одним методом не найдена МБТ, патоморфологическое исследование биоптата не выявило признаков туберкулезного воспаления, на рентгенограммах нет признаков деструкции, объем мочевого пузыря в пределах физиологической нормы, провокационные пробы отрицательные, терапия ex juvantibus 1 типа дала положительный результат; отсутствуют свищи

**Диагноз и его обоснование.** Обоснование клинического диагноза пишется подробно, включая форму туберкулезного процесса и его характеристику. При этом учитываются конкретные клинические проявления заболевания, результаты проведенного обследования или иные данные, положенные в основу сделанного заключения. В обосновании диагноза необходимо показать знание предмета и клиническое мышление. Формулировка диагноза больного туберкулезом рекомендуется в следующей последовательности: клиническая форма, локализация, фаза процесса, бактериовыделение (МБТ + или МБТ -), лекарственная устойчивость МБТ, осложнения, остаточные изменения, сопутствующие заболевания.

Микобактериурия обязательна при туберкулёзе паренхимы почек и возможна при других формах нефротуберкулёза; при ГТ МБТ выделяют не всегда.

В диагнозе указывают помимо стадии заболевания бактериовыделение и группу диспансерного учета (ГДУ), а также шифруют согласно рубрикатору международной классификации болезней МКБ-10.

Следует отметить, что учитывается наиболее тяжелая форма туберкулеза (больной поликавернозным нефротуберкулезом с одной стороны и папиллитом с другой учитывается как больной туберкулезом почек 4-й стадии).

**Рекомендуемое лечение.** Описывается фармакодинамика назначенных лекарственных средств. Указываются дозы препарата. Выписываются рецепты в латинской транскрипции. Указываются рекомендуемая длительность лечения (краткосрочная или традиционная схема), наиболее желательные препараты, решается вопрос о показанности оперативного лечения. Выбор режима химиотерапии основывается на результатах определения лекарственной устойчивости возбудителя молекулярно-генетическими и культуральными методами. При отрицательных результатах микробиологического и молекулярно-генетического исследования диагностического материала или при положительном результате молекулярно-генетического исследования, но недостаточном количестве материала для определения лекарственной чувствительности возбудителя основывается на данных анамнеза о риске множественной лекарственной устойчивости, который имеют: - заболевшие из достоверного контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (множественная лекарственная устойчивость возбудителя у вероятного источника заражения должна быть документирована); - больные туберкулезом, ранее получивших два и более неэффективных курсов химиотерапии; - больные с рецидивом туберкулеза и с другими случаями повторного лечения, если ранее у них была выявлена лекарственная устойчивость к изониазиду или рифампицину; - больные туберкулезом с отрицательной клинико-рентгенологической динамикой процесса после контролируемого приема 90 доз препаратов, - больные туберкулезом с сохраняющимся или появившимся вновь бактериовыделением после контролируемого приема не менее 60 суточных доз по I, II или III стандартным режимам химиотерапии и не имеющих результатов определения лекарственной чувствительности возбудителя, при отсутствии других причин неэффективности лечения и обеспечении приверженности больного к лечению; - больные туберкулезом и ВИЧ-инфекцией при отрицательной клинико- рентгенологической динамике контролируемого лечения по I, II или III режимам и при отсутствии результатов определения лекарственной чувствительности возбудителя к противотуберкулезным препаратам вне зависимости от количества принятых доз. Лечение больных УГТ проводится по общим принципам лечения туберкулеза с учетом противопоказаний и особенностей течения процесса данной локализации. Так, стрептомицин и канамицин не рекомендуются при УГТ в связи с высокой нефротоксичностью и способностью усиливать фиброзирование; туберкулез мочевыводящих путей также является противопоказанием для назначения стрептомицина и канамицина. Среди фторхионолонов оптимальным является левофлоксацин, т.к. спарфлоксацин и моксифлоксацин не обеспечивают бактерицидную концентрацию препарата в моче. Рифампицин и стрептомицин противопоказаны больным УГТ после трансплантации почки. Гематурия является противопоказанием для назначения этамбутола, так как он может усилить гематурию. Следует учесть, что исследований безопасности применения бедаквилина и линезолида у больных УГТ не проводилось, поэтому они применяются при строгом контроле за функцией почек (по клиренсу креатинина). Ряд препаратов обладают дополнительными ценными свойствами в лечении УГТ: аминосалициловая кислота оказывает антипростагландиновый эффект , что важно при поражении органов малого таза. Циклосерин высоко активен в отношении кишечной палочки, что усиливает эффект при сочетании нефротуберкулеза с неспецифическим пиелонефритом. Амоксициллина клавуланат рекомендуется назначать в комбинации с меринемом или имипенемом для потенцирования эффекта Больным УГТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией, получающим антиретровирусную терапию, необходимо учитывать лекарственные взаимодействия рифампицина и ряда антиретровирусных препаратов. При возможных негативных взаимодействиях вместо рифампицина больному назначается рифабутин.

Первый (I) режим химиотерапии (режим химиотерапии больных туберкулезом с лекарственной чувствительностью возбудителя) назначают: всем больным туберкулезом с бактериовыделением, подтвержденным микроскопией и (или) посевом на жидкие или плотные питательные среды при установленной чувствительности возбудителя к изониазиду и рифампицину; всем впервые выявленным больным туберкулезом с бактериовыделением, подтвержденным микроскопией и (или) посевом на жидкие или плотные среды до получения результатов определения лекарственной чувствительности возбудителя, кроме заболевших из достоверного контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя; всем больным с рецидивом туберкулеза и другими случаями повторного лечения до получения результатов определения лекарственной чувствительности возбудителя, если во время предыдущего курса лечения чувствительность возбудителя к изониазиду и рифампицину была сохранена или не определялась, а риск множественной лекарственной устойчивости возбудителя отсутствовал; всем больным туберкулезом с установленной молекулярногенетическим методом лекарственной чувствительностью возбудителя к изониазиду и рифампицину (или только к рифампицину при неизвестной чувствительности к изониазиду) до получения результатов определения лекарственной чувствительности возбудителя культуральным методом на жидких или плотных питательных средах; больным туберкулезом внелегочных локализаций без бактериовыделения при отсутствии риска множественной лекарственной устойчивости возбудителя. Второй (II) режим химиотерапии назначают больным туберкулезом при установленной молекулярно-генетическими и (или) культуральными методами устойчивости возбудителя к изониазиду или к изониазиду в сочетании с другими противотуберкулезными препаратами, но чувствительностью к рифампицину. При расхождении результатов определения лекарственной чувствительности к рифампицину, полученных разными методами, II режим химиотерапии не назначается. Третий (III) режим химиотерапии назначают больным туберкулезом без бактериовыделения, подтвержденного микроскопией и посевом на жидкие и плотные среды и при отсутствии риска множественной лекарственной устойчивости возбудителя: впервые выявленным больным туберкулезом, кроме заболевших из достоверного контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя; больным с рецидивом туберкулеза и другими случаями повторного лечения до получения результатов определения лекарственной чувствительности возбудителя, если во время предыдущего курса лечения чувствительность микобактерий туберкулеза к изониазиду и рифампицину была сохранена или не определялась. Четвертый (IV) стандартный режим химиотерапии назначается больным туберкулезом с установленной лекарственной устойчивостью возбудителя только к рифампицину или к изониазиду и рифампицину при неизвестной лекарственной чувствительности к другим противотуберкулезным лекарственным препаратам, а также больным с риском множественной лекарственной устойчивости возбудителя.

В фазе интенсивной терапии по IV стандартному режиму химиотерапии назначают шесть препаратов: капреомицин, левофлоксацинили, пиразинамид, циклосерин или теризидон, протионамид или этионамид, аминосалициловую кислоту. Четвертый (IV) индивидуализированный режим химиотерапии назначают больным туберкулезом с установленной лекарственной устойчивостью возбудителя к изониазиду и рифампицину и чувствительностью к офлоксацину при известных результатах определения лекарственной устойчивости возбудителя к препаратам второго ряда. Пятый (V) режим химиотерапии назначается больным туберкулезом с установленной лекарственной устойчивостью возбудителя к изониазиду и рифампицину в сочетании с установленной или предполагаемой устойчивостью к офлоксацину.

Доза препаратов определяется в зависимости от массы тела пациента

Патогенетическое лечение показано назначение антиоксидантов (витамин Е, тиосульфат натрия), фитотерапии). Туберкулез предстательной железы — показание для назначения препаратов для лечения доброкачественной гипертрофии простаты, средств, влияющих на обмен веществ в предстательной железе, и корректоров уродинамики, фитотерапии. Обычно этиопатогенетическая и симптоматическая терапия подбирается пациенту индивидуально, с учетом диагноза согласно приведенной выше классификации, осложнений и сопутствующих заболеваний.

**Хирургическое лечение урогенитального туберкулеза** как любое другое инфекционное заболевание мочеполовой системы, при своевременной диагностике может и должен быть излечен консервативно, комплексом противотуберкулезных и патогенетических препаратов. Хирургическое лечение выполняют при распространении деструкции по 3-4 стадии нефротуберкулеза, развитии осложнений.

Санаторно-курортное лечение, обосновываются показания или противопоказания для лечебной физкультуры, трудотерапии.

**Прогноз** (для жизни, трудоспособности).

**Эпикриз**

 Характеристика особенностей течения процесса у вашего больного. Количество принятых препаратов, подробно оцените переносимость препаратов, опишите те побочные явления, которые они вызвали и те меры, которыми они были устранены. Состояние больного по окончании курации. Оценка эффективности лечения за период от начала заболевания на время курации (исчезли симптомы интоксикации, прекратилось бактериовыделение методом скопии, посева в скольких анализах, продолжают выделяться МБТ с лекарственной устойчивостью, нормализовалась функция пораженных систем). Отметить причины неэффективности лечения, в чем они проявились (продолжение выделения МБТ). Прогноз больного (жизненный, излечения, трудовой). Характер рекомендуемого лечения после выписки из стационара.