ФГБОУ ВО «АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МЗ РФ

Кафедра фтизиатрии зав.кафедрой д.м.н. профессор Е.Н.Стрельцова

**Реферат**

**на тему:**

**«Мочеполовой туберкулез»**

Выполнила: ординатор по психиатрии 2-го года обучения

Магомедова Разият Махдиевна

Проверила: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Астрахань 2023 г.

**Оглавление**

Введение

1. Классификация туберкулеза мочеполовых органов

2. Клиника и диагностика туберкулеза почек

3. Клиника и диагностика туберкулеза мочеточника

4. Лечение больных туберкулезом органов мочевой системы

Список использованной литературы

**Введение**

Туберкулез поражает практически любой орган. По локализации различают: костно-суставный (встречается у 47 % всех больных внелегочным туберкулезом); мочеполовых органов (37 %); глаз (5,5 %); мозговых оболочек (менингит - 4 %); лимфатических узлов (2,5 %); брюшины (1,5 %); кожи (1,5%). Совсем редко встречается туберкулез других органов: перикарда, надпочечников, кишечника и т.д. Внелегочными формами туберкулеза чаще болеют взрослые (79 %) и реже - дети и подростки (соответственно 16 % и 5%).

Врач может заподозрить внелегочный туберкулез при длительных, не поддающихся лечению заболеваниях различных органов. При своевременном и правильном лечении в большинстве случаев можно избавиться. Такое лечение должно быть длительным, непрерывным, включать несколько лекарственных препаратов и обязательно проходить под контролем врача.

Внелегочный туберкулез - название, объединяющее формы туберкулеза различной локализации, кроме туберкулеза органов дыхания, так как он отличается не только локализацией процесса, но и особенностями патогенеза, клинических проявлений, диагностики и лечения. Заболеваемость туберкулезом вообще в последние десятилетия значительно возросла, а на долю внелегочного приходится 17-19% случаев.

Независимо от места поражения цикл воспаления везде одинаков: очаг (гранулема), расплавление его (казеоз), образование полости распада (каверна), возникновение при санировании фиброза (склерозирование). Начальные проявления заболевания при минимальных поражениях дают картину интоксикации организма. По мере распространения процесса его симптоматика зависит от нарушений, присущих пораженному органу.

Распознавание внелегочного туберкулеза невозможно без рентгенологического исследования и туберкулинововых проб. Диагностика ведется с учетом трех этапов развития заболевания. Первый этап - появление первичного очага туберкулезного воспаления в пределах мельчайшей анатомической единицы, постепенно распространяющегося контактным путем. Второй этап - вовлечение в патологический (болезненный) процесс окружающих тканей и органов, функционально тесно связанных с пораженным органом (например, распространение туберкулеза на мочевыводящие пути при туберкулезе почек и др.). Третий этап - полное поражение туберкулезом органа, системы и окружающих тканей с возникновением осложнений.

Туберкулез органов мочевой системы - одно из наиболее распространенных урологических заболеваний, уступающее по частоте лишь неспецифическим воспалительным процессам, мочекаменной болезни и новообразованиям. В структуре заболеваемости и болезненности данная патология в сочетании с туберкулезом половых органов (урогенитальный туберкулез) занимает первое место среди локализаций внелегочного туберкулеза, составляя 30--43% , в структуре инвалидности -- второе место после костно-суставного туберкулеза. Одну треть всех нефрэктомий выполняют по поводу туберкулеза; хирургическая активность при туберкулезе мочевых органов вследствие поздней диагностики составляет 60--80%.

**Классификация туберкулеза мочевых, половых органов**

      Туберкулез почек развивается обычно через 3—10 лет после первого клинического проявления туберкулеза легких, костей и суставов или лимфатических узлов. Среди органов мочевой системы в первую очередь поражаются почки, среди мужских половых органов — предстательная железа. «Первичное» заболевание мочевого пузыря, мочеточника, яичка и его придатка практически не наблюдается. Эти органы поражаются туберкулезом при наличии специфических изменений в почках или предстательной железе.

      Туберкулезные микобактерии проникают в почки гематогенным или лимфогенным путем. В большинстве случаев обе почки поражаются одновременно, но неодинаково интенсивно: в одной из них туберкулезные изменения могут прогрессировать, в другой — длительное время находиться в латентном состоянии или подвергаться обратному развитию. Внутри органов мочеполовой системы туберкулезная инфекция распространяется чаще всего лимфогенным путем, реже контактно с током мочи — уриногенно.

      Возраст больных туберкулезом органов мочеполовой системы колеблется в пределах 20—40 лет. В пожилом возрасте и у детей туберкулез почек и половых органов наблюдается крайне редко. В связи с особенностями анатомического строения мужских мочеполовых органов сочетаемое поражение почек и половых органов у мужчин наблюдается во много раз чаще (до 85%), чем у женщин (10—15%). Среди больных активным туберкулезом легких, главным образом хроническим диссеминированным, туберкулез органов мочеполовой системы наблюдается в 20—30%, у больных костно-суставным туберкулезом— в 10—15% случаев. Обращает на себя внимание более частое сочетание туберкулеза почек с экссудативным плевритом и туберкулезом позвоночника. Имеются указания на то, что внелегочные формы туберкулеза, в том числе и туберкулез органов мочеполовой системы, более час вызываются при инфицировании человека туберкулезные микобактериями бычьего типа (30 %).

**Классификация туберкулеза органов мочеполовой системы**

Классификация туберкулеза почек.

 1. Клинико-рентгенологические формы туберкулеза:    Туберкулез почечной паренхимы.

Туберкулез почечного сосочка (папиллит).

Кавернозный туберкулез.

Туберкулезный пионефроз.

Посттуберкулезный пиелонефрит.

2. Эпидемиологическая характеристика БК + , БК—.
 3. Функциональное состояние почки: функция не нарушена, понижена, отсутствует.

4. Характеристика течения туберкулезного процесса:

Открытый процесс.

Выключение почки.

 Рубцевание тотальное, сегментарное, одной чашечки.

Обызвествление.

 Сморщивание.

5. Осложнения (камни, опухоль, пиелонефрит, амилоидоз, и т. п.).

6. Локализация (одна-две почки, единственная почка; верхний, средний,

нижний сегмент; одна чашечка, тотальной поражение почки).
Туберкулез мочеточника: язвенный, рубцовый периуретрит. Туберкулез мочевого пузыря: язвенный, рубцовый, микропузырь с рефлюксом и без него.

Туберкулез уретры: язвенный, рубцовый.

Туберкулез простаты: казеозный, очаговый, кавернозный.

Туберкулез яичка и придатка.

**Клиника и диагностика туберкулеза почек**

     Клиническое течение туберкулеза почек тесно связано имеющимися у больного анатомо-функциональными изменениями. При самых начальных проявлениях туберкулеза, когда специфические очаги локализуются в кортикальном отделе почек (туберкулез почечной паренхимы), возможны жалобы на субфебрильную температуру, общую слабость, недомогание, тупые боли в поясничной области. Анализы мочи у таких больных нормальны. При бактериологическом исследовании мочи методом посева находят туберкулезные микобактерии.

     При поражении почечного сосочка — папиллит — в анализах мочи появляется повышенное количество лейкоцитов (свыше восьми в поле зрения или свыше 2500 в минуту в 1 мл при подсчете по методике Амбурже). В 10—15% случаев туберкулезный папиллит осложняется почечным кровотечением — макрогематурией, болями типа почечной колики.

      Прогрессирование туберкулеза почечной паренхимы и туберкулезного папиллита ведет к образованию полостей распада в почке и распространению специфического процесса на слизистую мочеточника и мочевого пузыря. Язвенные изменения слизистых лоханки, мочеточника приводят к стенозам и облитерации их просвета, что в свою очередь вызывает ретенцию мочи и механическое расширение чашечно-лоханочной системы выше места сужения. Ретенционные изменения играют первостепенную роль в механизме прогрессирования туберкулеза почки и нередко являются основной причиной функциональной и анатомической гибели органа. Подобные осложнения вызывают постоянные боли в области пораженной почки, повышение температуры тела, иногда артериальную гипертонию. Полная облитерация просвета чашечки или мочеточника сопровождается спонтанной нормализацией осадка мочи. При туберкулезе слизистой оболочки мочевого пузыря больные жалуются на учащенные и болезненные мочеиспускания. Прогрессирование туберкулеза мочевого пузыря приводит к резкому обострению дизурических явлений: учащению мочеиспусканий днем и ночью, уменьшению емкости мочевого пузыря, нарушению клапанного механизма пузырного устья мочеточника с образованием пузырно-мочеточникового рефлюкса — обратного затекания мочи в почку, Пузырно-мочеточниковый рефлюкс наблюдается в менее пораженную или здоровую почку.

     Ранняя диагностика туберкулеза почек практически возможна лишь в условиях противотуберкулезных учреждений у больных туберкулезом легких, костно-суставного аппарата и других органов. Основное средство ранней диагностики — это бактериологическое исследование мочи на туберкулезные микобактерии.

      Подавляющее большинство больных туберкулезом почек выявляется среди лиц, длительное время страдающих бессимптомной пиурией, а также среди наблюдающихся по поводу хронических пиелитов, пиелонефритов, циститов и цистопиелитов. Подобные больные в условиях противотуберкулного учреждения подлежат обязательному урологическое обследованию. В особо пристальном внимании нуждаются больные хроническим диссеминированным туберкулезом легких, экссудативным плевритом, туберкулезом позвонков, половых органов и лимфатических узлов.

     Обследование больного начинают с клинического анализа мочи. У женщин мочу для клинического анализа обязателы берут катетером. У мужчин для анализа берут две порции мочи — предлагают больному опорожнить мочевой пузырь двумя равными порциями в два сосуда, не прерывая акта мочеиспускания. Наличие повышенного количества лейкоцитов первой порции говорит о воспалительном процессе (чаще всего неспецифической этиологии) в мочеиспускательном канале, во второй порции — о заболевании предстательной железы и семенных пузырьков. Лишь наличие пиурии в обеих порциях свидетельствует о патологическом процессе в мочевом пузыре, мочеточниках или почках. Таким образом, у ряда больных с помощью двухстаканных проб удается дифференцировать заболевание мочеиспускательного канала и предстательной железы от заболевания верхних мочевых путей.

    Для туберкулеза почек характерна кислая реакция мочи. Щелочная реакция свидетельствует о наличии неспецифичской инфекции мочевых путей — о мочекаменной болезни  распадающейся опухоли или о неправильном получении хранении мочи. Протеинурия при туберкулезе почки бывает в пределах 0,033—0,99%, сопровождаясь незначительной микрогематурией — единичные эритроциты в поле зрения.  Иногда большое содержание белка в моче бывает связано с массивной гематурией и распадом эритроцитов в моче. Удельный вес мочи колеблется в нормальных пределах. Низкий монотонный удельный вес наблюдается при далеко зашедшем туберкулезе обеих или единственной почки при хронической почечной недостаточности. Умеренная цилиндрурия при туберкулезе наблюдается крайне редко, она сопровождает обычно сопутствующий токсический очаговый нефрит.

     Туберкулезные микобактерии в моче обнаруживают методом микроскопии осадка, методом микроскопии обогащенного осадка — флотации, методом флюоресцентной микроскоп пии осадка, методом посева на различные питательные среды и путем заражения морской свинки мочой. Самым достоверным из указанных методов является посев мочи на питательные среды и заражение морской свинки. Важное место в диагностике туберкулеза почек занимает рентгенодиагностика. Исследование начинают, как правило с обзорной рентгенографии области почек и мочевого пузыря.

     На основании обзорной рентгенограммы удается в подавляющем большинстве случаев установить диагноз почечнокаменной болезни. Характер проекции контуров почек позволяет судить об их величине (аплазия, гипоплазия, гипертрофия, сморщивание), о состоянии околопочечной жировой клетчатки (паранефрит). В ряде случаев на основании одной лишь обзорной рентгенограммы можно установить диагноз полностью или частично омелотворенной туберкулезной почки,, омелотворение мочеточника, предстательной железы или органов мошонки. Нахождение на снимке теней обызвествленных лимфатических узлов является иногда косвенным подтверждением специфической этиологии воспалительного процесса в органах мочевой системы.

      После обзорной рентгенографии производят экскреторную урографию. Для этого вида исследования требуется наличие удовлетворительной функции почек — нормальный уровень остаточного азота в сыворотке крови, максимальный удельный вес мочи при пробе по Зимницкому не ниже 1014, отсутствие клинических признаков почечной недостаточности, массивной протеинурии и цилиндрурии.

       При неубедительных данных экскреторной урографии прибегают к другим методам исследования — инфузионной капельной урографии, введению двойной дозы рентгеноконтрастного препарата, уротомографии, комплексной урографии или к восходящей катетеризационной пиелографии. Последний вид исследования сочетается с цистоскопией, хромопробой, раздельным получением мочи из почек. В редких случаях, касающихся так называемых выключенных почек, когда на экскреторной урограмме отсутствуют признаки выделения контрастного вещества одной из почек, а катетеризация ее из-за облитерации просвета мочеточника не удается, прибегают к почечной ангиографии или чрескожной антеградной пиелографии. Определенную ценность имеет и пиелография, обнаженной почки на операционном столе, благодаря которой удается в ряде случаев более точно установить состояние пораженной почки и соответственно изменять ход операции. Из вспомогательных рентгенографических методов следует упомянуть рентгенокинематографию, позволяющую визуально проследить эвакуаторную способность чашечек, лоханки, мочеточника и мочевого пузыря. .

      За последние годы получили распространение радиоизотопные методы исследования при туберкулезе почек — ренография и скеннография. Полная безопасность проведения этих диагностических тестов, достоверность их показателей позволяют пользоваться ими у больных с почечной недостаточностью, а также для выявления заболеваний почек у туберкулезных больных. Благодаря этим методам возможно изучение секреторной и эвакуаторной способности почек. Не имея самостоятельного значения в диагностике туберкулеза почек, радиоизотопные исследования являются ценной дополнительной диагностикой.

     Диагноз деструктивного туберкулеза почек при наличии соответствующей клиники и данных лабораторного и рентгенологического исследований не представляет трудностей. Значительные дифференциально-диагностические затруднения встречаются при начальных проявлениях туберкулеза почек и некоторых его формах, по клинико-рентгенологической картине сходных с хроническим пиелонефритом, различными лоханочно-почечными рефлюксами, врожденными аномалиями строения чашечно-лоханочной системы. Вопрос о диагнозе туберкулеза в подобных случаях решается зачастую динамическим наблюдением за больным и повторными бактериологическими и биологическими пробами. В сомнительных диагностических случаях до окончательного решения и уточнения диагноза (для чего требуется иногда продолжительный срок) рекомендуется применить лечение противотуберкулезными препаратами, которые оказывают положительный эффект и при заболеваниях почек неспецифической этиологии.

**Клиника и диагностика туберкулеза мочеточника**

       Клиническая картина туберкулезных изменений в почке в значительной степени зависит от состояния мочеточника. Не существует параллелизма между степенью поражения почки и мочеточника. При ограниченных участках деструкции почечной паренхимы могут иметь место множественные специфические стриктуры мочеточника и, наоборот, при поликавернозном туберкулезе почки мочеточник может быть проходимым на всем протяжении. При специфическом поражении мочеточника нарушается динамика мочевыделения, что приводит к прогрессированию деструктивных изменений в почке и неспецифической гидронефротической ее трансформации.

На слизистой мочеточника возникают специфические язвы, имеющие наклонность к быстрому рубцеванию. Чаще всего такие язвы, а впоследствии стриктуры, локализуются в тазовом отделе мочеточника и в области лоханочно-мочеточникового сегмента. Поражение мочеточника является причиной постоянных тупых болей в поясничной области и резкого нарушения функции почки, вплоть до полной ее гибели. Очень часто при наличии туберкулеза мочеточника к туберкулезу присоединяется неспецифический хронический пиелонефрит.

Туберкулез предпузырного отдела мочеточника сопровождается, как правило, специфическими изменениями слизистой оболочки мочевого пузыря. В области пузырного устья мочеточника возникает отек, гиперемия, а затем изъязвление. В других отделах мочевого пузыря при цистоскопии определяются участки очаговой гиперемии, высыпания туберкулезных бугорков, язвы. Больные жалуются на прогрессирующие, несмотря на проводимое лечение, дизурические явления. Нередко они длительное время лечатся от хронического неспецифического цистита и лишь цистоскопическое исследование и нахождение в моче туберкулезных микобактерий помогает установить правильный диагноз.

С прогрессированием изменений в мочевом пузыре его емкость систематически уменьшается, стенки утолщаются, замещаются рубцовой тканью, Эластичность стенок мочевого пузыря становится ничтожной, нарушается клапанный механизм устьев мочеточников. У таких больных часто наблюдаются приступы болей в поясничной области, сопровождающиеся высокой температурой, ознобами и всей гаммой проявлений почечной недостаточности.

Диагноз туберкулеза мочеточника устанавливается на основании данных рентгенологического исследования: расширение или сужение мочеточника — это признаки периретрита. Косвенным признаком туберкулеза мочеточника является наличие непреодолимого препятствия при попытке его катетеризации, при периуретрите, смещении и деформации устья мочеточника и асимметрии мочевого пузыря при цистографии.

Диагноз туберкулеза мочеточника устанавливается также на основании данных цистоскопии: туберкулезные бугорки, располагающиеся преимущественно на слизистой соответствующей половины мочевого пузыря. Без клинико-рентгенологических признаков туберкулеза почки диагноз туберкулеза мочеточника и мочевого пузыря не является

**Лечение больных туберкулезом органов мочевой системы**

   Медикаментозное лечение. Принципы медикаментозной терапии туберкулеза органов мочеполовой системы мало чем отличаются от методики лечения туберкулеза другой локализации. Все вновь выявленные больные подлежат лечению комбинацией противотуберкулезных препаратов в максимальных суточных дозах. Продолжительность первичного курса противотуберкулезной терапии определяется в каждом отдельном случае индивидуально, она зависит от формы туберкулезного процесса и сопутствующих заболеваний, функциональной способности почек и печени, индивидуальной переносимости а препаратов, степени лекарственной чувствительности туберкулезных микобактерий. Все формы туберкулеза почек подлежат интенсивной терапии в течение 3—6 месяцев. Исключение составляет пионефроз или острая ретенция мочеточника, что требует относительно срочного оперативного вмешательства. После подготовительного лечения представляется возможным выработать дальнейшую лечебную тактику по отношению к данному больному.

     Больные туберкулезом почек в процессе медикаментозного лечения подлежат систематическому урологическому контролю (экскреторные урограммы) с целью своевременной диагностики и предупреждения возможных осложнений (стриктуры и облитерации просвета (мочеточника). Поэтому первичный курс противотуберкулезной терапии, как правило, следует проводить в условиях специализированного фтизио-урологического стационара или санатория. Если туберкулез почки сопровождается специфическим поражением мочеточника, противотуберкулезную терапию сочетают с лечением кортикостероидами, препятствующими образованию грубых рубцов. Одновременно прибегают к систематическому бужи-рованию через цистоскоп стриктур мочеточника.

    Одной из важных особенностей лечения больных туберкулезом почек является зависимость величины дозы противотуберкулезного препарата от функциональной способности почек (почки). При нормальной секреторной и эвакуаторной функции почек противотуберкулезные препараты назначают в максимальных дозах, при пониженной суммарной функции почек или при наличии у больного единственной почки, из-за опасности кумуляции, дозу препаратов снижают вдвое. Лечение противотуберкулезными препаратами сочетают с комплексной витаминотерапией.

     Если данные контрольного урологического обследования, проведенного через 3—6 месяцев после начала лечения, позволяют предположить, что больному будет показана исключительно медикаментозная терапия, лечение продолжают в течение первого года непрерывно. В последующие годы, до полного клинического излечения, лечение проводят весной и осенью 2—3 месяца. При индивидуальной непереносимости препаратов иногда их внутривенное введение в виде коктейля позволяет продолжать лечение. К резервной группе противотуберкулезных препаратов (циклосерин, пиразинамид, этионамид, канамицин, рифампицин и этамбутол) прибегают при лечении больных, которые длительное время с недостаточным эффектом применяли стандартные препараты. Препараты группы циклосерина, канамицина, рифампицина особенно показаны больным туберкулезом почек, осложненным неспецифическим хроническим пиелонефритом.

     Исход болезни стоит в зависимости от иммунобиологических особенностей макроорганизма, своевременно начатого и длительно проводимого лечения. Туберкулезные очаги, расположенные в кортикальных отделах почки (туберкулез почечной паренхимы), благодаря оптимальным особенностям кровоснабжения этих отделов, могут полностью рассасываться или рубцеваться. Деструкция почечной паренхимы никогда не заканчивается регенерацией ткани. На месте бывшей каверны возникают при благоприятном исходе различные ретенционные кисты либо импрегнация солями извести с образованием крупных очагов типа туберкулом. Обызвествлению подвергаются нефункционирующие участки почки.

      Суммарная функция почек при деструктивных формах туберкулеза страдает в незначительной степени. Признаки почечной недостаточности наблюдаются только при массивном поражении обеих почек или при туберкулезе единственной — после нефрэктомии — почки, а также при туберкулезе мочевого пузыря с пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

       Применение современных противотуберкулезных препаратов способствует полному клиническому и анатомическое излечению начальных проявлений туберкулеза мочевого пузыря еще в период подготовительной антибактериальной терапии. В более запущенных случаях язвенного туберкулез мочевого пузыря наряду с проводимой противотуберкулезной терапией больные туберкулезом мочевого пузыря получай; инсталляции стерильного рыбьего жира, растворов противотуберкулезных препаратов в мочевой пузырь. При выраженной болевой peaкции хороший эффект дает ионогальванизация с дикаииом стрептомицином на область мочевого пузыря.

     Солитарные туберкулезные язвы мочевого пузыря xoрошо  поддаются лечению обкалыванием с помощью специальной гибкой иглы через цистоскоп стрептомицином в сочетании с кортизоном. У ряда больных туберкулезом мочевого пузыр хороший терапевтический эффект достигается применением наряду с противотуберкулезными препаратами спиртового раствора витамина Д2 по 30 000 ед. в сутки в течение 3—4 месяцев.

       Санаторный режим и климатотерапия — важный дополнительный терапевтический фактор для лечения больных туберкулезом органов мочеполовой системы. Противотуберкулезная сеть  располагает специализированными фтизиоурологическими санаториями н в Башкирии (кумысолечебницы «Шафраново» и «Глуховская»), в Московской области («Ленинские Горки»)! Кроме того, почти все области имеют свои специализированные фтизиоурологические санаторные отделения местного подчинения. Противопоказанием к направлению в специальные фтизиоурологические санатории являются хроническая или острая почечная недостаточность, мочевые свищи, недержание мочи, сочетание туберкулеза мочеполовых органов с амилоидно-липоидной дистрофией, активным туберкулезом легких или костно-суставной системы. Последние две группы больных подлежат направлению в специализированные санатории для больных легочным или костно-суставным туберкулезом.

       Хирургические методы лечения. Применение современных противотуберкулезных препаратов резко ограничило показания к оперативному лечению больных туберкулезом почек и создало возможность применять ряд органосохраняющих вмешательств.

      Нефроэктомия в настоящее время имеет следующие показания: туберкулезный пионефроз с полной потерей функции почки, поликавернозный туберкулез почки с резким понижением функции почек и наличием множественных стриктур мочеточника, полностью омелотворенная туберкулезная почка, поликавернозный туберкулез почки, осложненный неспецифическим пиелонефритом, обусловливающим ренальную гипертонию.

      При наличии так называемой выключенной туберкулезной тючки, прежде чем ее удалить, проверяют проходимость мочеточника (на операционном столе) и состояние почечной ткани. В случае возможности восстановить проходимость мочеточника (неоцистостомия, операция Боари) от нефрэктомии воздерживаются. Выключенные каверны в почке или выключенный сегмент почки подлежат резекции (резекция почек, каверноэктомия, кавернотомия). Иногда органосохраняющая операция на почке сочетается с реконструктивной операцией на мочеточнике.

    В настоящее время стали возможными и операции на обеих тючках — резекции или кавернотомии обеих почек, нефрэктомия с одной и каверноэктомия или резекция с противоположной стороны, а также органосохраняющие операции на единственной почке.

     Больные со сморщенным мочевым пузырем и пузырно-мочеточниковым рефлюксом подлежат реконструктивным оперативным вмешательствам, кишечной пластике мочевого пузыря и мочеточника, различным антирефлюксным оперативным вмешательствам на мочеточнике и мочевом пузыре.

         В связи с применением большого арсенала противотуберкулезных препаратов и органосохраняющих и реконструктивных оперативных вмешательств за последние годы появилась новая категория больных с посттуберкулезными заболеваниями органов мочевой системы: хроническим посттуберкулезным пиелонефритом, неспецифическим гидронефрозом, гидрокаликозом, гидроуретером. Указанные больные подлежат чаще всего реконструктивным операциям в сочетании с лечением препаратами широкого антибактериального спектра. В ряде случаев проводится лечение, направленное на профилактику почечной недостаточности (анаболические гормоны). Иногда приходится проводить систематическое лечение самой почечной недостаточности (диета, щадящий режим, гормоны, диализ).

**Список литературы**

1. Туберкулёз, В.А. Кошечкин, Москва,2017г

2. Статья "Внелёгочный туберкулез: эпидемиологический портрет", С. Марткуко, Н. Морозкина, " Медицинский вестник", ноябрь, 2018г.

3. Внелегочный туберкулез / под ред. Васильева А.В. - С-Пт.: "Фолиант",

5. Жамборов Х.Х. Пособие по фтизиатрии. Нальчик: "Эль-Фа", 2020.