

# Абдоминальный туберкулез

Арямкина О.Л., Савоненкова Л.Н.

Ульяновский государственный университет

В конце XX и начале XXI веков в условиях миграции населения, социально-экономических потрясений, снижения уровня жизни, роста иммунодефицитных состояний, высокой аллергии, развития резистентности к препаратам существенно ухудшилось качество жизни населения. К социально обусловленным заболеваниям современности относят ВИЧ/СПИД, вирусные гепатиты, а в ряде регионов – туберкулез. Высокой остается смертность от инфекционных болезней, на которую, по данным ВОЗ, на территории земного шара приходится 25–45%. Основными причинами данных смертей являются туберкулез, вирусные гепатиты, пневмония, корь, диареи и ВИЧ-инфекция (Малеев В.В., Покровский В.И., 2004).

Повсеместно регистрируются рост заболеваемости туберкулезом как легочных, так и внелегочных локализаций и смертности от него. Ухудшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу кроме прочих факторов способствуют его позднее выявление, наличие сопутствующей соматической патологии, в том числе ВИЧ-инфекции. Неблагоприятное влияние на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу оказывает также рост лекарственной устойчивости возбудителя.

Вместе с тем изменилась структура клинических форм туберкулеза как легочных, так и внелегочных локализаций. В современных условиях среди впервые выявленных больных туберкулезом легких преобладают распространенные деструктивные формы. У половины больных внелегочным туберкулезом диагностируют запущенные формы заболевания, каждый второй-четвертый пациент с внелегочным туберкулезом становится инвалидом, что свидетельствует о крайне неудовлетворительном его выявлении и лечении.

Абдоминальный туберкулез занимает особое положение среди других форм внелегочного туберкулеза, поскольку он представляет значительные сложности в диагностике и считается до настоящего времени редкой патологией. Сложности проблемы абдоминального туберкулеза определены еще и тем, что клиническая классификация включает в себя как самостоятельные формы лишь туберкулез кишечника, брюшины и туберкулезный мезаденит, а другие его локализации учитываются как «прочие». Данные об истинной распростра-

ненности абдоминального туберкулеза отсутствуют. В 70-е годы прошлого столетия в Российской Федерации и бывших республиках СССР удельный вес абдоминального туберкулеза в структуре внелегочной заболеваемости сместился на последнюю позицию, составляя лишь 0,9–4,5% случаев, а с 80-х годов прошлого столетия абдоминальный туберкулез вообще перестал учитываться раздельно. При сочетании туберкулеза легких с абдоминальным туберкулезом случаи шифруются по патологии легких.

В действительности же туберкулез в органах пищеварительной системы представлен гораздо шире и значительно большим числом случаев, чем это учитывается официальной статистикой. Это особенно важно в связи с эпидемией ВИЧ/СПИД, так как эти болезни могут гибнуть от туберкулеза внелегочных локализаций, в том числе абдоминального. Об абдоминальном туберкулезе следует помнить в экстренной хирургии, так как не менее 55% данных больных с клиникой острого живота, не зная о том, что они больны туберкулезом желудочно-кишечного тракта, изначально госпитализируются в стационары общесоматического хирургического профиля.

Проанализированы параметры распространенности, клиники, течения, исходов, патоморфогенеза абдоминального туберкулеза на современном этапе развития общества на примере центрального региона России. На территории Ульяновской области за 15-летний период (1990–2004 гг.) выявлены прогрессирующие темпы роста заболеваемости как легочным, так и внелегочным туберкулезом; отсутствие корреляции между общей по сумме клинических локализаций заболеваемостью с заболеваемостью внелегочными, в том числе и абдоминальными, формами.

Согласно данным официальных отчетов, клинические формы внелегочного туберкулеза включали туберкулезный менингит, туберкулез мочеполовых органов, костей и суставов, глаз, периферических лимфатических узлов, туберкулез органов пищеварения. До 1998 года заболеваемость абдоминальным туберкулезом не превышала 0,2–0,6, но с 1999 до 2004 года она увеличивается до 0,8–1,3 в перерасчете на 100 000 населения. Анализ заболеваемости абдоминальным туберкулезом демонстрирует неуклонное ее прогрессирование (рис. 1).

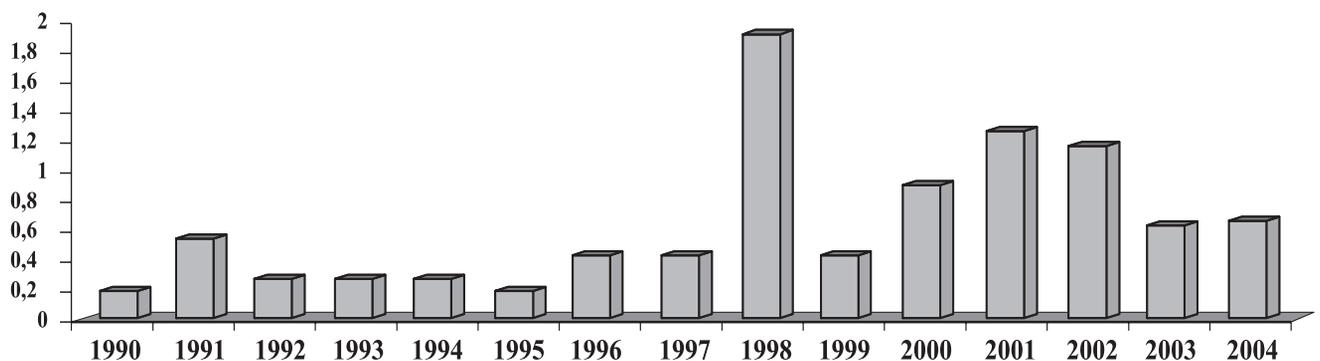


Рис. 1. Заболеваемость абдоминальным туберкулезом в Ульяновской области (на 100 000 населения).

Среднегодовалый показатель заболеваемости туберкулезом за 15-летний период в перерасчете на 100 000 населения Ульяновской области составил 42,82, в том числе туберкулезом легких – 39,2, внелегочным туберкулезом – 2,99, абдоминальным туберкулезом – 0,63. Таким образом, туберкулез легких составляет 92% всех случаев заболевания, внелегочный туберкулез – 8%, в том числе абдоминальный – 1%. Заболеваемость абдоминальным туберкулезом по уточненным данным составляет 17–21% случаев внелегочного туберкулеза.

Анализ клиники, патоморфогенеза, течения и исходов абдоминального туберкулеза, диагностированного в регионе у 154 больных за 1994–2007 гг., позволил выявить современные особенности данного заболевания. Продолжительность диагностического поиска при абдоминальном туберкулезе у 41,1% больных составила 2–6 месяцев, у каждого седьмого больного (14,9%) диагностический процесс затягивался до 12–14 месяцев. В 26,9% случаев верификация абдоминального туберкулеза не превысила 1 месяца, однако у данных больных диагноз установлен постмортально.

Диагноз абдоминального туберкулеза установлен по морфологическим критериям при обнаружении специфических туберкулезных гранул (87,3%), по комплексу клинических параметров с использованием рентгенологических, ультразвуковых, микробиологических методов, а также туберкулинодиагностики и пробного лечения (12,7%). В трети случаев абдоминальный туберкулез диагностируется постмортально. Средний возраст больных абдоминальным туберкулезом соответствует  $41,2 \pm 1,24$  года, отношение числа мужчин к числу женщин – 2,8:1, городских жителей 54,9%, сельских жителей – 45,1%.

В ОПТД абдоминальный туберкулез диагностируется лишь в трети (30,3%) случаев, тогда как две трети больных обращаются в лечебно-профилактические учреждения общей сети – в терапевтические, инфекционные, хирургические, онкологические и онкогематологические отделения. Дифференциально-диагностический поиск при абдоминальном туберкулезе сложен и многокомпонентен в связи с манифестацией абдоминального туберкулеза широким спектром синдромокомплексов, проявляющихся хирургическими (58,5%), инфекционными (57%), терапевтическими (37,3%) и онкологическими (22,2%) масками. Абдоминальный туберкулез характеризуется системными проявлениями инфекции, гематологическими синдромами и абдоминальной симптоматикой, имитируя широкий спектр терапевтических, хирургических, онкологических или инфекционных заболеваний или манифестируя их «масками». При абдоминальном туберкулезе исключались: более чем в половине случаев (57%) – острые кишечные инфекции, псевдомембранозный, радиационный колиты, диарея путешественников при наличии признаков хронической органической диареи, дисхезии, в каждом десятом случае с наличием крови в фекалиях; в половине случаев (50,7%) – заболевания верхних отделов пищеварительного тракта и панкреатобилиарной системы; в трети случаев при гепатоспленомегалии, изменениях биохимических проб печени, наличии отечно-асцитического синдрома исключались в первую очередь хронические диффузные заболевания печени (28,3%), злокачественные опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства, лимфогранулематоз, хронический лимфолейкоз (28,2%); у каждого пятого пациента (20,4%) – болезни панкреатобилиарной системы; у 8,5% больных – язвенный колит, болезнь Крона. Более чем в половине случаев (68,7%) абдоминального туберкулеза развивается острая хирургическая патология, требующая экстренных оперативных пособий.

При абдоминальном туберкулезе преобладает активная фаза патологического процесса, при этом иннаперцептное на-

чало заболевания регистрируется лишь в 4,2% случаев. Острое, подострое и хроническое течение заболевания имело место у 33,1, 52,1 и 14,8% больных абдоминальным туберкулезом соответственно.

Абдоминальный туберкулез развивается преимущественно во вторичном периоде инфицирования (92,3%), крайне редко при нем определяется активное бактериовыделение в фекалиях (7,3%), в единичных случаях – в асцитической жидкости. Лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам микобактерий туберкулеза, выделенных из мокроты у больных абдоминальным туберкулезом, диагностируется в 22,3% случаев. Проба Манту с 2 ТЕ, проведенная больным абдоминальным туберкулезом, характеризуется как нормэргическая чувствительность к туберкулину в 49,4% случаев, анергическая и гиперэргическая у 27 и 23,6% пациентов соответственно.

По вовлеченности органов брюшной полости в специфический процесс абдоминальный туберкулез подразделили на моно- и полиорганный, диагностируемый в 52,1 и 47,9% случаев, а также на изолированный или сочетанный с туберкулезом легких или туберкулезом других внелегочных локализаций – в 33,1 и 66,9% случаев соответственно. Сочетания с туберкулезом легких имеют место в 55,8% случаев, с туберкулезом иных внелегочных локализаций – в 15,8% случаев, в том числе при их комбинациях у каждого третьего (28,4%) больного.

При изучении патоморфогенеза абдоминального туберкулеза было установлено, что он сформировался вследствие реактивации очагов эндогенной инфекции из лимфатического аппарата и других органов брюшной полости (65,5%), реже спутогенно (19%) и гематогенно/лимфогематогенно (15,5%). При реактивации очагов эндогенной инфекции процесс ограничивается только органами брюшной полости у половины больных (50,5%), а в другой половине (49,5%) случаев распространяется еще и на легкие и другие органы и системы. В 45,1% случаев абдоминального туберкулеза регистрируются альтернативные, в 31% – альтернативно-пролиферативные, в 23,9% – пролиферативные типы воспалительных тканевых реакций, а у 23,3% больных развивается еще и параспецифический компонент воспаления.

При абдоминальном туберкулезе поражаются практически все органы брюшной полости, что позволило классифицировать абдоминальный туберкулез как туберкулез гастроинтестинальный (44,7%), паренхиматозных органов (32,4%), туберкулезный серозит (27,5%) и абдоминальный лимфаденит (53,5%), при этом специфический процесс распространяется практически на все органы брюшной полости за исключением поджелудочной железы.

В случаях гастроинтестинального туберкулеза преобладает туберкулез кишечника, преимущественно язвенные и инфильтративно-язвенные формы и тотальные поражения органа. Превалирует миллиарная форма туберкулезного гепатита и спленита, экссудативная и слипчатая формы туберкулезного серозита – перитонита, оментита, в равных соотношениях диагностируются инфильтративная и казеозная формы туберкулезного абдоминального серозита.

Следует отметить, что при абдоминальном туберкулезе развиваются как системные, так и органичные осложнения, у каждого второго больного (45,8%) – фатальные.

Отсутствие четких диагностических клинических критериев и настороженности при абдоминальном туберкулезе не способствуют его своевременной диагностике и своевременному адекватному лечению.

Проанализировав литературу и суммировав результаты собственных исследований, предлагаем рабочий вариант классификации абдоминального туберкулеза (табл.).

Т а б л и ц а. Классификация абдоминального туберкулеза (Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л., 2007)

<p><b>Период инфекции:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• первичный;</li> <li>• вторичный.</li> </ul> <p><b>Фаза процесса:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• активная;</li> <li>• неактивная.</li> </ul> <p><b>Бактериовыделение:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• позитивное;</li> <li>• негативное.</li> </ul> <p><b>Реакция на туберкулин:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• анергическая;</li> <li>• нормэргическая;</li> <li>• гиперэргическая.</li> </ul> <p><b>Распространенность:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• моноорганный, или ограниченный (поражен один орган брюшной полости);</li> <li>• полиорганный, или распространенный (поражены два и более органа брюшной полости).</li> </ul> <p><b>Вовлечение органов пищеварения и других систем:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• изолированный (ограниченный только органами пищеварения);</li> <li>• сочетанный (с поражением легких и/или других систем).</li> </ul> <p><b>Патогенез:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• реактивация очагов эндогенной инфекции в брюшной полости;</li> <li>• спутогенный;</li> <li>• гематогенный;</li> <li>• лимфогенный;</li> <li>• лимфогематогенный;</li> <li>• контактный (по протяжению).</li> </ul> <p><b>Морфологические проявления:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• преимущественно альтернативный тип воспаления;</li> <li>• преимущественно продуктивный (пролиферативный) тип воспаления;</li> <li>• смешанный альтернативно-пролиферативный тип воспаления;</li> <li>• наличие параспецифического, в том числе экссудативного компонента воспаления;</li> </ul> <p><b>Течение:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• иннаперцептное начало;</li> <li>• острое – клиническое излечение в течение года;</li> <li>• подострое – пролонгирование клиники до 2–3 лет;</li> <li>• хроническое – наличие нескольких рецидивов в течение ряда лет.</li> </ul> <p><b>Структура:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• абдоминальный туберкулезный лимфаденит (с поражением различных групп внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов);</li> <li>• гастроинтестинальный туберкулез (поражение верхних отделов пищеварительного тракта и кишечника);</li> <li>• туберкулез паренхиматозных органов (печени, селезенки);</li> <li>• туберкулезный абдоминальный серозит (поражение брюшины, сальника).</li> </ul>	<p><b>Локализация:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• туберкулез пищевода (туберкулезный эзофагит);</li> <li>• туберкулез желудка (туберкулезный гастрит);</li> <li>• туберкулез двенадцатиперстной кишки (туберкулезный дуоденит);</li> <li>• туберкулез желчного пузыря (туберкулезный холецистит);</li> <li>• туберкулез диафрагмы (туберкулезный диафрагмит);</li> <li>• туберкулез печени (туберкулезный гепатит);</li> <li>• туберкулез селезенки (туберкулезный спленит);</li> <li>• туберкулез сальника (туберкулезный оментит);</li> <li>• туберкулез брюшины (туберкулезный перитонит);</li> <li>• туберкулез тонкой кишки (туберкулезный энтерит);</li> <li>• туберкулез толстой кишки (туберкулезный колит);</li> <li>• туберкулез внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов (туберкулезный абдоминальный лимфаденит).</li> </ul> <p><b>Клинико-морфологические формы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• абдоминальный туберкулезный лимфаденит – инфильтративная и казеозная, протекающие стадийно: 1-я, или начальная – ранняя (1а) или гиперпластическая и поздняя (1б), характеризующаяся гранулематозом; 2-я, или казеозная; 3-я, или абсцедирующая, 4-я – свищевая или язвенная;</li> <li>• гастроинтестинальный туберкулез – инфильтративная, язвенная и инфильтративно-язвенная;</li> <li>• туберкулез паренхиматозных органов – милиарная, очаговая, кавернозная, казеомы, или туберкулемы органов;</li> <li>• туберкулезный абдоминальный серозит – экссудативная, слипчивая и казеозно-язвенная.</li> </ul> <p><b>Осложнения:</b></p> <p><u>Системные:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• туберкулезная интоксикация;</li> <li>• лимфогематогенная диссеминация;</li> <li>• анемия;</li> <li>• кахексия;</li> <li>• амилоидоз;</li> <li>• лекарственная устойчивость.</li> </ul> <p><u>Органые:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• фибринозно-гнойный перитонит;</li> <li>• перфорации туберкулезных гастроинтестинальных язв;</li> <li>• острая кишечная непроходимость;</li> <li>• острые и повторные желудочно-кишечные кровотечения;</li> <li>• стенозы полых органов;</li> <li>• асцит;</li> <li>• спаечный процесс;</li> <li>• абсцедирование;</li> <li>• портальная гипертензия подпеченочного типа;</li> <li>• печеночно-клеточная недостаточность.</li> </ul> <p><b>Исходы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• выздоровление;</li> <li>• остаточные явления в виде кальцинатов в печени, селезенке, лимфатическом аппарате брюшной полости и забрюшинного пространства;</li> <li>• спаечный процесс в брюшной полости;</li> <li>• смерть.</li> </ul>
---	---