

**КЛИНИКА, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПАТОМОРФОГЕНЕЗ И ИСХОДЫ
ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА***Л.Н. Савоненкова**Кафедра факультетской терапии (зав. - проф. В.И. Рузов) Ульяновского
государственного университета*

Туберкулез относят к “возвращающимся” инфекциям. Наряду с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и корью, он составляет группу важнейших инфекционных заболеваний, определяющих смертность от них у 25-45% населения планеты [4]. Вместе с легочными формами возрастают заболеваемость и смертность от туберкулеза с внелегочными локализациями, в том числе со специфическими поражениями желудочно-кишечного тракта (ТЖКТ), при которых, в отличие от туберкулеза легких, не разработаны принципы массового диагностического мониторинга. Наиболее часто ТЖКТ ассоциируют с туберкулезом кишечника, являющегося спутогенным осложнением легочных деструктивных форм или туберкулезным мезаденитом [1, 7, 9]. Основополагающие публикации, посвященные данной проблеме, относятся к периоду 50-60-х годов XX столетия [2, 5, 6]. До начала 90-х годов уходящего века регистрировались единичные случаи ТЖКТ [3, 8], что привело к потере бдительности в отношении данной патологии как фтизиатров, так и врачей других специальностей. Новые реалии демонстрируют значительно больший контингент больных ТЖКТ, нередко госпитализируемых в лечебные учреждения общего профиля. Отсутствие раздельной регистрации всех существующих локализаций и форм ЖЖКТ формирует феномен “ускользания” диагностики данных заболеваний.

Целью исследования являлось изучение клиники, морфогенеза, осложнений и исходов ТЖКТ.

За период 1980-2004 гг. у 126 больных ТЖКТ (средний возраст - 41,3 ± 1,2 года; 95% ДИ - от 37,8 до 49,6) анализировали в комплексе клинические, лабораторные и инструментальные параметры. Данные морфогенеза изучали при эндоскопии с прицельной биопсией (у 5), лапароскопических и лапаротомических оперативных вмешательствах (у 64), на аутопсии (у 54). Диагноз ТЖКТ в 79,4%

случаев верифицирован морфологически, в 1,6% — бактериологически (микобактерии туберкулеза в кале при наличии язв дистальных отделов толстой кишки), в 19,0% — на основании клиники и пробного лечения. Достоверность результатов определялась по программе STATISTICA.

До выявления ТЖКТ 22 пациента наблюдались по поводу деструктивного туберкулеза легких; у 29 больных туберкулез органов дыхания установлен одновременно с ТЖКТ при клинкорентгенологическом обследовании, у 17 - на секции в виде милиарной формы. У 31 больного ТЖКТ были вовлечены, кроме органов дыхания, одна или более системы, в том числе мочеполовая (в 14), костно-суставная (в 6), оболочки мозга (в 9), реже - другие органы. В целом состояние 84 (66,7%) больных можно было расценить как тяжелое, 11 (8,7%) - среднее, 31 (24,6%) - удовлетворительное. Все они имели клинические симптомы поражения органов пищеварения, возникшие за 1-7 месяцев до верификации диагноза. Сложность диагностики ТЖКТ определялась не столько вовлечением легких и других систем, сколько распространенностью поражений самих органов брюшной полости, что проявлялось полисимптомными, мозаичными абдоминальными проявлениями.

Клиническая структура ТЖКТ по преобладающей локализации специфических поражений органов брюшной полости, определяющих основу клинической картины и исход заболевания, представлена туберкулезом брюшины у 6,3% (1-я группа), внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов у 31,7% (2-я группа), печени у 15,9% (3-я группа), полых органов у 46,1% (4-я группа). Группы были равнозначными по возрасту и полу. Туберкулез легких имел место у 4 больных 1-й группы, у 10 - во 2-й, у 13 - в 3-й, у 41 - в 4-й и во 2-й группе встречался чаще, чем в 3 и 4-й ($\chi^2 = 3,73$ и 6,77; $p = 0,05$ и 0,01).

В 1-й группе было 8 больных - у всех определялось поражение только брюшины. Диагноз был установлен лишь на операциях и в 100% случаев верифицирован морфологически. Клиническую картину определяли нарастающие мигрирующие боли в животе, метеоризм, запоры. У 5 пациентов возникли показания к лапароскопии в связи с асцитом и гепатомегалией при подозрении на злокачественные новообразования, у 3 - к экстренной лапаротомии по поводу аппендицита и внематочной беременности. На операциях предполагаемая патология не подтвердилась - обнаружались серозный экссудат, спайки и множество просовидных узелков на брюшине, гистологически представленных туберкулезными гранулемами. У одного больного в ближайшем послеоперационном периоде наступила смерть, причиной которой явилась туберкулезная интоксикация от казеозной пневмонии. Летальность составила 12,5%, риск смерти - 0,13.

Во 2-й группе было 40 больных. В клинической картине 33 больных преобладали боли преимущественно мезогастральной локализации. Кроме того, у 50% из них были вздутия живота, у 25% — запоры. В отличие от предыдущей группы, в клинической картине больных в 32,5% случаев имели место симптомы желудочной и кишечной диспепсии. У 17 больных обнаружались кальцинаты в брюшной полости. С учетом эффекта от химиотерапии у них был диагностирован туберкулезный мезаденит. У оставшихся больных в ходе детального лучевого обследования выявлены увеличение парааортальных, а также лимфоузлов ворот печени и селезенки (у 8), функциональные нарушения кишечника (у 6). Сохранялись боли в животе и диспептические явления, прогрессировали интоксикация и анемия, что явилось основанием для проведения диагностических хирургических вмешательств с целью исключения злокачественных новообразований у 7 пациентов. Присоединившиеся перитонеальные симптомы и признаки кишечной непроходимости требовали проведения экстренной лапаротомии еще 7 больным. Кроме серозного экссудата, спаек и просовидных высыпаний на брюшине и капсуле печени, гепато- и спленомегалии на операциях, у всех больных обнаружались увеличенные до 2,0-3,5 см

лимфатические узлы брыжейки, малого и большого сальников, ворот печени и селезенки не менее двух локализаций, иногда в виде конгломератов, а также в 3 случаях - забрюшинные опухолевидные образования размерами от 5 до 8 см, спаянные с петлями кишечника и явившиеся причиной частичной кишечной непроходимости. Для выяснения этиологии внутрибрюшной и периферической лимфоаденопатии 3 пациентам была произведена операционная биопсия шейных и паховых лимфатических узлов.

Умерли 6 больных: двое - в результате осложнения хронического туберкулезного мезаденита (кишечная непроходимость и амилоидоз), четверо - от туберкулезной интоксикации. Гистологическое исследование операционных биоптатов и данные секции верифицировали туберкулез внутрибрюшных лимфоузлов в 15 наблюдениях, внутрибрюшных и забрюшинных - в 3, забрюшинных - в 2, внутрибрюшных и периферических - в 3, сочетавшийся в 8 случаях с поражением брюшины, в 8 - печени. Летальность составляла 15,0%, однако риск смерти среди больных 2-й группы был в 1,2 раза выше, чем в 1-й. Кишечная непроходимость имела место у 4 больных, риск ее развития составлял 0,1; риск смерти от осложнений ТЖКТ - 0,33.

3-я группа включала 20 человек. Проявления со стороны органов брюшной полости среди больных данной группы выражались менее отчетливо. Боли в правом подреберье, реже в мезогастрии, были незначительными и непостоянными, умеренные проявления желудочной и кишечной диспепсии наблюдались у 50% больных. При сонографическом сканировании с такой же частотой обнаружилась незначительная гепатомегалия, у 10,0% — гиперплазия лимфоузлов ворот печени и селезенки, асцит, спленомегалия. В 40,0% наблюдений выявлены биохимические маркеры мезенхимального воспаления, цитолиза, холестаза и печеночно-клеточной недостаточности.

У 3 больных туберкулез печени явился случайной находкой при холецистэктомии и резекции желудка по поводу желчнокаменной и осложненной язвенной болезни, при которых подтвердилась предполагаемая неспецифическая патология, но выявлены просовидные высыпания на печени. В 17 наблюдениях

туберкулез печени установлен на секции. При жизни были диагностированы сепсис, лимфогранулематоз, карциноматоз, системные заболевания. Данные секции показали, что визуально печень была не изменена или изменена незначительно: гепатомегалия и просовидные высыпания на капсуле в паренхиме обнаружались лишь у половины умерших. Параллельно с поражением печени аналогичные изменения имелись в селезенке, у 2 умерших выявлено умеренное увеличение брыжеечных лимфоузлов. Морфологическое исследование операционных биоптатов и данные секции, кроме поражения печени, позволили верифицировать у 15 больных туберкулезный спленит, у 4 - мезаденит. Причиной смерти у 11 больных была туберкулезная интоксикация, у 5 - осложнения специфического менингоэнцефалита, у одного почечная недостаточность как исход туберкулеза почек. Летальность составляла 85,0% что выше, чем в 1 и 2-й группах ($\chi^2=3,69$ и $11,08$; $p=0,05$ и $0,00$), риск смерти - 0,85 и превышал таковой у больных 1-й группы в 6,5 раза, 2-й - в 5,7 раза.

В 4-ю группу вошли 58 больных, у 49 из них ТЖКТ был диагностирован морфологически. В клинической картине больных данной группы доминировали кишечные проявления и абдоминальные боли. В 84,2% наблюдений имели место жидкий стул и метеоризм, в 59,6% — тошнота и рвота, в 21,4% — признаки нарушения кишечного пищеварения, в 7,1% — дисбактериоза. Боли в животе у большинства больных были мигрирующими, у пятой части локализовались в правой подвздошной области. У 19 обследованных отмечались кишечные кровотечения от гематошизиса и мелены до массивного. Диагноз туберкулеза кишечника у 9 больных деструктивным туберкулезом легких с МБТ в мокроте и в одном случае в кале не вызвал затруднений, основанием для его подтверждения был эффект от специфической терапии.

У 5 пациентов ТЖКТ был диагностирован при эндоскопическом исследовании: обнаружались язвы желудка размерами от 0,5 до 2,0 см, рефрактерные к терапии; у 2 больных определялись просовидные высыпания и язвы пищевода, сужения просвета кишки и язвы от 0,3 до 1,5 см в нескольких отделах толстого кишечника одновременно.

У 38 больных ТЖКТ установлен при лапаротомии, причем у 8 туберкулез кишечника был заподозрен еще до операции. У остальных пациентов предоперационными диагнозами были опухоли (у 12), острая хирургическая и гинекологическая патология (у 18). На операциях у 25 больных выявлялись фибринозно-гнойный перитонит и спайки. Причиной перитонита явились перфорации стенок дистальных отделов тонкой (у 13), подвздошной и слепой (у 8), поперечно-ободочной (у 2), сигмовидной (у 1) кишки, аппендикса (у 1). Кроме перфораций у 12 больных установлены участки утолщений стенок кишки, ставшие причиной частичной кишечной непроходимости. Инфильтраты стенок кишки с явлениями спаечного процесса, серозным экссудатом, но без перфораций, обнаружались еще у 10 больных. У 2 пациентов изменения кишечника были представлены только высыпаниями. Кроме патологии в кишечнике, у ряда больных были выявлены умеренная мезентериальная лимфаденопатия, просовидные высыпания на печени, брюшине, сальнике, у одного - калькулезный холецистит. Выполнены правосторонняя гемиколэктомия с резекцией дистального отдела тонкой кишки (у 6), частичная резекция тонкого кишечника (у 4), аппендэктомия (у 1), холецистэктомия (у 1), ушивание порфораций (у 15). У 10 пациентов операции ограничились дренированием брюшной полости. Были проведены биопсия брюшины, сальника, печени, стенки кишки с высыпаниями и язвами, лимфоузлов.

Умерли 34 человека, в том числе 24 прооперированных. У 4 из 10 умерших, не подвергавшихся оперативным вмешательствам, ТЖКТ был верифицирован при жизни, и вскрытие им не проводилось. У 6 больных ТЖКТ диагностирован на секции, при которой выявлены фибринозно-гнойный перитонит и перфорации дистальных отделов тонкой и толстой кишок. У 2 из них обнаружались также инфильтраты в стенке тонкого кишечника, у 2 - лишь просовидные высыпания на петлях кишечника. Подобные высыпания у некоторых умерших были в паренхиматозных органах и брюшине. Морфологическое исследование биопсийного и операционного материалов, а также данные секции верифицировали у одного

больного милиарный туберкулез стенки желчного пузыря, у 48 - туберкулез кишечника (у 15 - язвенный, у 19 - инфильтративно-язвенный, у 10 - инфильтративный, у 4 - милиарный). У 4 больных туберкулез кишки сочетался с поражением желудка, у 2 - пищевода и желудка. У 31 больного язвы осложнились перфорациями и перитонитом. Кроме полых органов, у 11 пациентов в процесс была вовлечена брюшина, у 5 - сальник, у 7 - печень, у 6 - поджелудочная железа, у 3 - селезенка, у 19 - внутрибрюшные лимфоузлы. Летальность составляла 58,6%, что было выше ($\chi^2=7,48$; $p=0,01$), чем во 2-й группе, риск смерти - 0,89, что в 6,8 и 5,9 раза превышало таковой в 1 и 2-й группах. Во всех случаях смерть была вызвана осложнениями ТЖКТ - гнойным перитонитом вследствие перфорации язв (у 30) и кишечного кровотечения (у 4).

Итак, ТЖКТ развивался с легочным туберкулезом в 54,0% случаев, с внелегочным - в 24,6%. Кроме туберкулезного колита, мезаденита и перитонита, ТЖКТ в 19,8% случаев констатирован в виде гепатитов и казуистических случаев холецистита как самостоятельных, но не включенных в классификацию форм. В 46,0% наблюдений при ТЖКТ были заинтересованы 2 и более органов, в 50,0% — внутрибрюшные и забрюшинные лимфоузлы, в 45,2% — кишечник, в 27,8% — печень, в 21,4% — брюшина, в 4,8% — желудок и поджелудочная железа, в 4,0% — сальник, в 1,6% — пищевод, в 0,8% — желчный пузырь.

ТЖКТ характеризовался многообразием клинических проявлений, протекал под маской хронических воспалительных заболеваний кишечника, системных, злокачественных и других болезней. Осложнениями ТЖКТ являлись перфорации язв (в 64,6%), кишечное кровотечение (в 33,3%), кишечная непроходимость (в 12,7%). Летальность при различных локализациях ТЖКТ колебалась от 12,5 до 85,0% и в целом составляла 46,0%. При туберкулезе полых органов летальность была обусловлена его осложнениями в 100% случаев, внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов - в одной трети.

Патоморфологически развивалось экссудативно-альтеративное воспаление в виде язв и инфильтратов слизистых оболочек и подслизистых слоев полых

органов, пролиферативное - с образованием просовидных высыпаний на серозных оболочках (сальнике, брюшине) и в паренхиматозных органах (печени, селезенке, поджелудочной железе) либо их сочетание.

Для своевременного выявления ТЖКТ необходимы ознакомление с данной патологией гастроэнтерологов, инфекционистов, онкологов, хирургов, гинекологов и других специалистов и включение ТЖКТ в дифференциально-диагностический ряд при любых проявлениях болевого, диспептического и диарейного синдромов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусейнов Г.К., Рамазанов А.М., Гусейнов А.Г. // Тер. арх. - 1984. - № 8. - С. 85-88.
2. Клионский Е.Е., Соколов А.Е., Шахов Н.Н. // Клин. мед. — 1954. - № 12. - С. 20 - 25.
3. Краков Э.А. // Пробл. туб. - 1973. - № 12. - С. 80 - 81.
4. Малеев В.В., Покровский В.И. // Тер. Арх. - 2004. - № 4. - С. 5 - 9.
5. Незлин С.Е. // Клин. мед. - 1954. - № 12. - С. 26 - 29.
6. Онощенко Н.В. Патологическая анатомия и некоторые вопросы патогенеза туберкулеза кишечника: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - М., 1961.
7. Савина Т.А., Аксенова С.В. // Пробл. туб. - 2001. - № 9. - С. 58 - 59.
8. Юдицкий Л.В., Гольдштейн В.Д., Горчаков В.К. и др. // Пробл. туб. - 1996. - № 4. - С. 57 - 58.
9. Ramadan J.T., et al. // Int. J. Tubercul. Lung Dis. - 1997. - Vol. 1. - P. 85-86.

Поступила 17.02.05.

CLINICAL PRESENTATION, PREVALENCE, PATHOMORPHOGENESIS AND OUTCOMES OF TUBERCULOSIS OF ALIMENTARY TRACT

L.N. Savonencova

S u m m a r y

Clinical, laboratory and instrumental parameters were analyzed in 126 patients with tuberculosis of alimentary tract for the period of 1980—2004. Morphogenesis data were studied by endoscopy with target biopsy, laparoscopic and laparotomic operative interventions with partial resection and biopsy on autopsy. In 54,0% of observations tuberculosis of alimentary tract correlated with pulmonary tuberculosis, in 24,6% of observations — with extrapulmonary tuberculosis, in 19,8% it was registered as hepatitis and casualistic cases of cholecystitis as independent, but not classified clinical forms. In 46,0% of cases two and more organs are involved in alimentary tuberculosis. Lethality in alimentary tuberculosis varied from 12,5% to 85,0%.