

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА

© 2006 г. А.А. Волков, Д.С. Дудниченко

Туберкулёз органов брюшной полости (абдоминальный туберкулёз) принадлежит к одной из самых труднодиагностируемых форм внелёгочного туберкулёза. Не имея специфической клинической картины и чётких диагностических критериев, абдоминальный туберкулёз выявляется на ранних этапах только у небольшой части больных, зачастую являясь патоморфологическим открытием [1, 2]. Его локальные проявления встречаются в основном в виде туберкулёза кишечника, туберкулёзного мезаденита и туберкулёзного перитонита. Туберкулёзный мезаденит развивается вследствие лимфогематогенного распространения микобактерий из первичных очагов. Мезентериальные лимфатические узлы, поражаясь в период первичной инфекции, в последующем сами могут становиться источником дальнейшего развития туберкулёза. Они имеют большое значение в возникновении туберкулёза кишечника в качестве источника лимфогенной диссеминации. Туберкулёз брюшины развивается при переходе процесса на брюшину или путём лимфогенного и гематогенного обсеменения. В его патогенезе существенная роль принадлежит повышению проницаемости капилляров, что связано с аллергической перестройкой организма под воздействием продуктов распада МБТ [1, 3].

Абдоминальный туберкулёз не имеет патогномичных симптомов. Многие признаки часто встречаются при различных общесоматических заболеваниях. Поэтому основная масса больных туберкулёзом органов брюшной полости обследуется и проходит лечение в общей лечебной сети под всевозможными диагнозами, многие оперируются по экстренным показаниям [2].

Острые формы абдоминального туберкулёза протекают под маской острых неспецифического мезаденита, аппендицита, панкреатита, кишечной непроходимости, болезни Крона, аднексита. Хронические формы туберкулёза органов брюшной полости зачастую длительно лечат как хронический неспецифический мезаденит, язвенную болезнь, хронические энтероколит, холецистит, гинекологические заболевания [4].

Материалы и методы. За 2004 – 2005 гг. в больнице находилось на лечении 22 пациента с вновь выявленным туберкулёзом органов брюшной полости. Женщин было 11 чел., мужчин – 11. Средний возраст женщин составил 33,7 лет, мужчин – 45 лет.

Диагноз абдоминального туберкулёза был установлен у большинства больных на основании гистологического исследования после выполненной операции в общей лечебной сети – 17 (77,3 %) чел. Оперативное лечение проводилось по экстренным показаниям у 10 чел. 6 пациентам выполнены диагностические вмешательства (лапаротомия или лапароскопия) по поводу нарастающего асцита. Одна больная прооперирована с предоперационным диагнозом: опухоль матки.

У 4 больных диагноз абдоминального туберкулёза был установлен при обследовании в специализированной туберкулёзной больнице: у 2 – бактериологическим методом (рост МБТ в отделяемом свищей и кишечной слизи), ещё у 2 – клинико-рентгенологически. Данные пациенты находились в больнице на лечении по поводу туберкулёза других локализаций.

Сроки от возникновения первичных клинических проявлений заболевания до верификации диагноза абдоминального туберкулёза были весьма вариабельны. По клиническому течению больных можно разделить на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты с длительным течением болезни с периодами обострений и ремиссий – всего 18 чел. В среднем продолжительность заболевания составляла 12 мес.; во 2-ю – больные с развитием заболевания в короткий период (до 2 нед.) или с клиникой острого живота на фоне полного благополучия (4 чел.).

Ведущей жалобой при поступлении у 16 больных абдоминальным туберкулёзом являлись боли в животе, у 10 – наблюдались симптомы интоксикации (общая слабость, выраженная утомляемость, гипертермия, значительная потеря веса), 6 пациентов отмечали увеличение живота, 3 – боли в области заднего прохода, частый болезненный стул беспокоил 2 больных.

Из сопутствующих заболеваний у больных туберкулёзом органов брюшной полости можно выделить хронический гепатит с трансформацией в цирроз – 2; хронический гепатит – 1 (4,5 %); артериальная гипертензия – 3 (13,6 %); хронический вирусный гепатит – 2 (9,5 %); язвенная болезнь желудка – 1 (4,5 %); ВИЧ-инфекция – 1 (4,5 %); хронический алкоголизм – 1 (4,5 %).

Практически у всех больных наблюдалось несколько локализаций абдоминального туберкулёза. Установленные диагнозы распределились следующим образом: туберкулёз мезентериальных лимфоузлов – 12 (54,5 %), брюшины – 9 (40,9 %), тонкой кишки – 7 (31,8 %), толстой кишки – 4 (18,1 %), прямой кишки – 3 (13,6 %), большого сальника – 3 (13,6 %), печени – 3 (13,6 %), селезёнки – 1 (4,5 %).

У больных отмечались такие осложнения абдоминального туберкулёза, как асцит у 8 человек, параректальные свищи – у 2, по 1 случаю отмечались абсцессы живота, толстокишечные свищи, абсцессы печени, перфорация туберкулёзной язвы, кровотечение из туберкулёзных язв, тонкокишечные свищи, кальцификация мезентериальных лимфоузлов, спаечная болезнь брюшной полости.

У больных туберкулёзом органов брюшной полости, оперированных в общей лечебной сети, наблюдалось значительное количество послеоперационных осложнений, что явилось прямым следствием отсутствия проведения предоперационной противотуберкулёзной терапии и привело к повторным оперативным вмешательствам у 7 чел.

Выводы

1. Временной промежуток от возникновения симптоматики до верификации диагноза у больных абдоминальным туберкулёзом значительно различается и варьирует от нескольких часов до 7 лет.

2. У подавляющей части больных диагноз был установлен после операции в общей лечебной сети.

3. В настоящее время преобладают распространённые формы туберкулёза органов брюшной полости с несколькими локализациями.

4. Абдоминальный туберкулёз продолжает представлять большие трудности в диагностике для специа-

листов общей лечебной сети. Поздняя диагностика приводит к большому числу осложнений как самого заболевания, так и операций, проводимых по его поводу.

Литература

1. *Васильев А.В.* Внелегочной туберкулёз. СПб., 2000.
2. *Данциг И.И.* // Проблемы туберкулёза. 1998. № 2.
3. *Юсубова А.Н., Киселевич О.К., Богданова Е.В.* // Мед. науч. и учеб.-метод. журн. 2003. № 13.
4. Диагностика и лечение внелегочного туберкулёза: Практик. руководство. М., 2002.