

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Худойбердиева М.Ж., Хакимова Р.А., Султонов Г.И., Батирова Б.Т.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

При абдоминальном туберкулезе в 2/3 (69,7 %) случаев диагностируются неспецифические соматические заболевания внутренних органов. В каждом втором (50,7 %) случае абдоминальному туберкулезу сопутствуют неспецифические гастроэнтерологические заболевания, чаще всего хронический гастрит/гастродуоденит, язвенная болезнь, а в каждом третьем (35,2 %) случае - другие хронические терапевтические заболевания: болезни сердечно-сосудистой системы, Болезни органов пищеварения с 95 % вероятностью удлиняют продолжительность диагностического поиска. Независимыми факторами прогрессирования - модифицируемыми предикторами неблагоприятного исхода абдоминального туберкулеза - являются злоупотребление алкоголем (OR 2,81±0,37) и иммунодефицитные состояния вследствие проводимой на этапах диагностического поиска глюкокортикоидной терапии и сопутствующей ВИЧ-инфекции (OR 8,05±0,66). Осложнения неспецифических соматических заболеваний на 4,6 % повышают летальность при абдоминальном туберкулезе.

Ключевые слова: абдоминальный туберкулез, сопутствующие неспецифические заболевания, методы диагностики.

ҚОРИН БЎШЛИҒИ СИЛ КАСАЛЛИГИНИ ЗАМОНАВИЙ ТАҶХИСЛАШ УСУЛЛАРИ

Худойбердиева М.Ж., Хакимова Р.А., Султонов Г.И., Батирова Б.Т.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Қорин бўшлиғи сил касаллиги билан касалланишнинг 2/3 ҳолатида (69,7%) ички органларнинг специфик бўлмаган соматик касалликлари билан касалланади. Ҳар иккинчи ҳолатда (50,7%) қорин туберкулёзи ўзига ҳос бўлмаган гастроэнтерологик касалликлар, кўпинча сурункали гастрит, гастродуоденит, ошқозон яраси, ҳар учдан бирида (35,2%) бошқа сурункали терапевтик касалликлар: юрак-қон томир тизими касалликлари билан кечади. Овқат ҳазм қилиш аппарати касалликлари диагностик қидирув давомийлигини 95% кўпроқ узайтиради. Қорин бўшлиғи туберкулёзининг салбий натижасини ўзгартиришга имкон берадиган мустақил ривожланиш омиллари - бу диагностик босқичларида глюкокортикоидли терапия ва ОИТСга қўшилидиган ОИВ инфекцияси (OR 8,05 ± 0,66) туфайли спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш (OR 2,81 ± 0,37) ва иммунитет танқислиги. Ўзига ҳос бўлмаган соматик касалликларнинг асоратлари қорин туберкулёзи билан оғриган беморларда ўлимни 4,6 фоизга оширади.

Калит сўзлар: қорин бўшлиғи туберкулёзи, номахсус ва ўзига ҳос касалликлар, таъхис усуллари.

MODERN DIAGNOSTIC METHODS OF ABDOMINAL TUBERCULOSIS

Khudoyberdieva M., Khakimova R., Sultonov G.,
Batirova B.

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

With abdominal tuberculosis, 2/3 (69.7%) of cases are diagnosed with nonspecific somatic diseases of the internal organs. In every second (50.7%) case, abdominal tuberculosis is accompanied by non-specific gastroenterological diseases, most often chronic gastritis / gastroduodenitis, peptic ulcer, and in every third (35.2%) case, other chronic therapeutic diseases: diseases of the cardiovascular system Digestive apparatus diseases are 95% more likely to lengthen the duration of a diagnostic search. Independent progression factors - modifiable predictors of the adverse outcome of abdominal tuberculosis - are alcohol abuse (OR 2.81 ± 0.37) and immunodeficiency due to the glucocorticoid therapy and concomitant HIV infection (OR 8.05 ± 0.66) carried out at the stages of the diagnostic search. Complications of nonspecific somatic diseases increase mortality in patients with abdominal tuberculosis by 4.6%.

Key words: abdominal tuberculosis, concomitant non-specific diseases, diagnostic methods.

Актуальность

Абдоминальный туберкулез — специфическое поражение органов пищеварения, брюшины, лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства. Среди других локализаций туберкулеза абдоминальный занимает особое место и является одним из наиболее сложных разделов фтизиатрии[9,11]. Клиническая картина абдоминального туберкулеза полиморфна, патогномоничные симпто-

мы и четкие диагностические критерии отсутствуют, поэтому, как правило, он протекает под маской других заболеваний органов брюшной полости и выявляется лишь у небольшой части больных, у большинства же остается недиагностированным[2,5,8].

Согласно статистическим данным, в структуре внелегочного туберкулеза абдоминальный составляет всего 2-3%. Частота поражения туберкулезом органов брюшной полости различна. Чаще (у 70% больных) поражаются мезентериальные лимфатические



узлы, реже - брюшина (12%). Изолированное положение одного органа встречается редко, чаще в специфический процесс вовлекается одновременно несколько анатомических образований [1,4,9].

Наибольшее признание получила классификация туберкулезного мезаденита, предложенная В. Г. Штефко (1937), согласно которой различают казеозную, фиброзно-продуктивную и индуративную формы заболевания. Самая удачная систематизация туберкулеза кишечника - классификация, разработанная М. М. Альпериным (1950), в которой выделены бессимптомная, диарейная, алгическая, диспепсическая и общепитоксикационная формы заболевания. Общепризнанной является клинко-морфологическая классификация туберкулезного перитонита, включающая бугорковую, экссудативную, слипчивую, экссудативно-слипчивую и казеозно-язвенную формы.

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 [3,7,12].

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 [4,5].

Цель исследования: изучить частоту и клинические проявления абдоминального туберкулеза у больных в условиях фтизиопульмонологического стационара и предложить алгоритм его своевременной диагностики.

Материал и методы

За 2016 - 2019 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.

Результат и обсуждения

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 - клинко-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 вариabельны. 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

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

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

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

Абдоминальный туберкулёз продолжает представлять большие трудности в диагностике для специалистов общей лечебной сети. Поздняя диагностика приво-

дит к большому числу осложнений как самого заболевания, так и операций, проводимых по его поводу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР:

1. Баринов В.С. Дифференциальная диагностика абдоминального туберкулеза на основе клинико-лабораторных и лапароскопических данных: пособие для фтизиатров и хирургов / В.С. Баринов, Н.А. Прохорович. - СПб., 1997; 4-6.
2. Кульчавеня Е.В. Контроль внелегочного туберкулеза в Сибири и на Дальнем Востоке / Е.В. Кульчавеня // Проблемы туберкулеза. - 2008; 9: 16-19.
3. Левашов Ю.Н. Внелегочный туберкулез в России: официальная статистика и реальность / Ю.Н. Левашов, А.Ю. Мушкин, А. Н. Гришко // Проблемы туберкулеза. 2006; 11: 3-6.
4. Нерсисян А.А. Клиника, диагностика и лечение мочевого туберкулеза / А.А. Нерсисян, Я.А. Меркурьева, З.Х. Корнилова // Проблемы туберкулеза. 2006; 9: 5-15.
5. Скопин М.С. Распространенность туберкулеза органов брюшной полости и особенности его выявления / М.С. Скопин, Ф.А. Батыров, З.Х. Корнилова // Проблемы туберкулеза. - 2007; 1: 22-26.
6. Советова Н.А. Современная лучевая диагностика внелегочного туберкулеза / Н.А. Советова, И.Б. Савин, О.В. Мальченко [и др.] // Проблемы туберкулеза. - 2006; 11: 6-9.
7. Ho Pak-Leung, Chim Chor-Sang, Yuen Kwok-Yung. Isolated splenic tuberculosis pre Sentiq with pyrexia of unknown origin / 01>candJInfect.Diseases. - 2009; 32: 6.
8. Jain Shyama, Kumar Neeta, Jain Satish. Gastric tuberculosis. Endoscopic cytology as a diagnostic tool // KActa cytol. -2010; 44(6): 987-992.
9. Lal N, Soto- Wright V. Peritoneal tuberculosis: Diagnostic options // Infect.Diseases Obstet. Fnd Gynecol. - 2009; 7(5): 244-247.
10. Rakoto-Ratsimba H.N., Samison L.H., Razafimahandry H.J. C. MultiplicitH des formes cliniques de l'appendicite tuberculeuse: Tes. [16 Journes de la Socit fransaise de chirurgie digestive, Toulouse, 6-6 dc., 2011] // Ann.chir. - 2011; 126(9): 9-28.
11. Russell David. TB comes to a stisky beginning // G.Nature Med. - 2011; 7(8): 894-895.
12. Thys C., Bitotwa M., Cornette M. La tuberculose digestive dans le bassin ligeolis // Med.et chir.dig. - 2007; 25(8): 365-368.

Поступила 09.08. 2019