

Туберкулез органов брюшной полости и периферических лимфатических узлов

к.м.н., Александр Николаевич Муравьев

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Абдоминальный туберкулез – это специфическое поражение органов пищеварения, лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства, брюшины.



Туберкулез отдельных органов брюшной полости

- ∅ туберкулез пищевода
- ∅ туберкулез желудка
- ∅ туберкулез печени, желчного пузыря
- ∅ туберкулез селезенки, поджелудочной железы
- ∅ туберкулез мезаденит
- ∅ туберкулез кишечника
- ∅ туберкулезный перитонит



Изолированное поражение одного органа встречается редко, чаще специфический процесс носит генерализованный характер



КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

- Ø Ограниченный АТ – поражение отдельных органов брюшной полости
- Ø Распространенный АТ – поражение двух и более органов брюшной полости
- Ø Осложненный АТ – перитонит, псевдоопухолевые формы, кровотечения, язвенно-перфоративные формы, кальцинаты мезентериальных лимфоузлов с выраженным болевым синдромом



Клиническая картина абдоминального туберкулеза

- Ø Интоксикация: потеря аппетита, массы тела, лихорадка, ночные поты; диарея; отсутствие менструаций.
- Ø Боль в животе (часто неопределенная).
- Ø Наличие образований в брюшной полости (при пальпации, часто имеющих мягкую консистенцию).
- Ø Асцит. Иногда жидкости настолько много, что нет возможности прощупать патологические образования в брюшной полости.
- Ø Приступы кишечной непроходимости в сочетании с острой болью и вздутием живота.
- Ø Кашель и мокрота, если абдоминальный туберкулез вызван заглатыванием инфицированной мокроты или слюны при вторичной форме туберкулеза легких.



Диагностика абдоминального туберкулеза

Ø Обычно диагноз устанавливается на основании клинических признаков.



- Ø рентгенологическое обследование кишечника;
- Ø УЗИ органов брюшной полости;
- Ø биопсия лимфатических узлов или брюшины во время лапароскопии;
- Ø посев аспирационного материала, полученного из брюшной полости.



Патогномоничные критерии туберкулезного воспаления

- ∅ Выявление МБТ в исследуемом материале
- ∅ Выявление элементов туберкулезной гранулемы при гистологическом исследовании материала



Лапароскопия

- ∅ установление локализации очага
- ∅ получение биоптатов/аспиратов из брюшной полости
- ∅ уточнение объема хирургического вмешательства



Дифференциальная диагностика абдоминального туберкулеза

| Острые формы | Хронические формы |
|--|--|
| Острый аппендицит Острый мезаденит Острый холецистит Острый панкреатит Острая кишечная непроходимость | Хр. гастрит Хр. мезаденит Хр. холецистит ЯБ Энтероколит Болезнь Крона Злокачественные опухоли Хрон. гинекологические заболевания |



До- и послеоперационные диагнозы у оперированных больных

| Диагноз до операции | Кол-во больных | Диагноз после операции | Кол-во больных |
|-------------------------|----------------|---|----------------|
| Опухоли кишечника | 10 | Туб.мезаденит туб.кишечника туб.желудка | 7 2 1 |
| Опухоли печени | 2 | Туб.печени | 2 |
| Язвенный колит | 8 | Туб.кишечника Туб.мезаденит Туб.брюшины | 5 2 1 |
| Перитонит | 7 | Туб.брюшины | 7 |
| Кишечная непроходимость | 3 | Туб.мезаденит Туб. pancreas | 2 1 |
| Болезнь Крона | 2 | Туб.брюшины | 2 |
| Аппендицит | 3 | Туб.мезаденит | 3 |
| Всего | 35 | | 35 |

Данные клиники СПбНИИФ

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Окончательные диагнозы у оперированных больных

| Диагноз | Кол-во больных | Частота, % |
|---------------------------------|----------------|------------|
| Мезаденит | 14 | 40,0 |
| Туберкулез брюшины | 10 | 28,6 |
| Туберкулез кишечника | 7 | 20,0 |
| Туберкулез печени | 2 | 5,8 |
| Туберкулез желудка | 1 | 2,8 |
| Туберкулез поджелудочной железы | 1 | 2,8 |
| Всего | 35 | 100 |

Данные клиники СПбНИИФ

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Алгоритм выявления туберкулеза органов брюшной полости в учреждениях общей лечебной сети

I. Пациенты групп риска общей лечебной сети

Хронические холециститы, аппендициты, мезадениты, колиты, язвенная болезнь желудка, частичная кишечная непроходимость, опухолевидные образования брюшной полости.

Жалобы:

общая слабость, боли в животе, неустойчивый стул, субфебрильная температура

Анамнез: перенесенный или активный туберкулез легких, указание на контакт с больным туберкулезом

Осмотр: болезненность при пальпации околопупочной области; образования и выпот в брюшной полости

Лабораторные данные
ускоренное СОЭ, снижение альбиново-глобулинового коэффициента

II. Визуализация зон возможного туберкулезного поражения

Рентгено(томо)графия органов грудной клетки

Обзорная рентгенограмма брюшной полости, по показаниям – ирригоскопия (ирригография)

УЗИ органов брюшной полости

Эндоскопические исследования (ФГДС, фиброколоноскопия)

Лапароскопия

III. Верификация туберкулезного процесса

Бактериоскопия, посев, молекулярно-генетическое исследование любого доступного биологического материала

Гистологическое исследование доступных патологических тканей и биоптатов

Стандартная туберкулинодиагностика/Диаскинтест



Туберкулезный мезаденит

Фазы патологического процесса

Ø **Инфильтративная** – характеризуется воспалительной инфильтрацией в мезентериальных лимфатических узлах без выраженных перифокальных явлений и симптомов интоксикации.

Ø **Казеозно-некротическая** – характеризуется увеличением лимфатических узлов, перифокальной реакцией, вовлечением в процесс брюшины.



Туберкулезный мезаденит

Течение патологического процесса

Острое

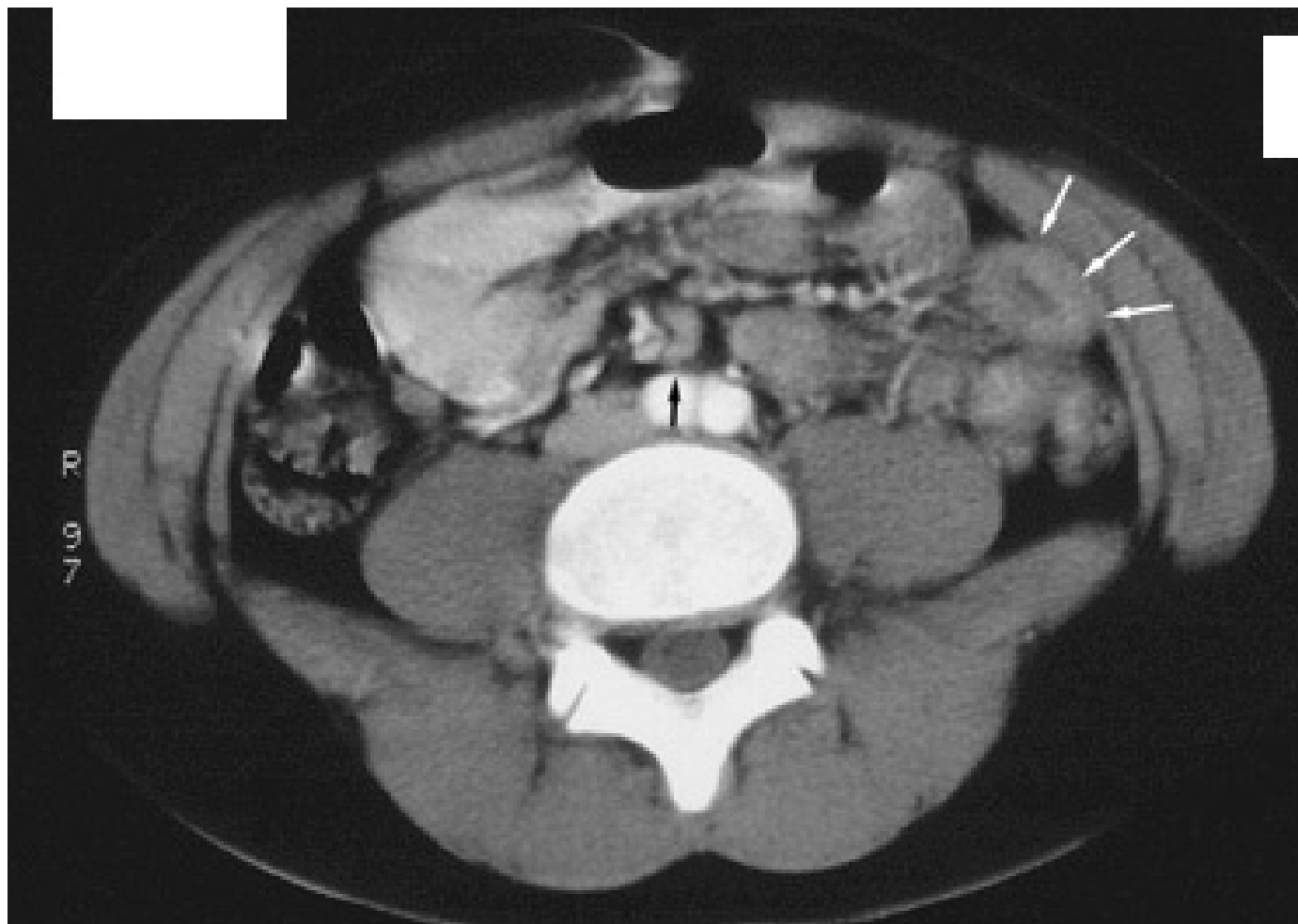
- Ø боли в животе различной локализации (чаще в области пупка и правой подвздошной области)
- Ø картина острого живота (живот равномерно вздут, передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, пальпация живота умеренно болезненна, напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует, симптомы раздражения брюшины слабоположительны)

Хроническое

- Ø протекает волнообразно (периоды обострений сменяются ремиссиями)
- Ø боли в животе (соответствуют локализации патологического процесса)
- Ø вздутие живота
- Ø явления местного перитонита (если вовлекается брюшина)
- Ø симптомы Мак-Фендена (болезненность в области пупка) и Клинна (смещение болей в животе при перемещении больного на левый бок).



Туберкулезный мезаденит (КТ-картина)



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Гиппократ: «...туберкулезные больные умирают, если присоединяется диарея»

Туберкулез кишечника

Формы:

ü первичный;

ü вторичный;

ü гиперпластический подвздошно-слепокишечный туберкулез



Первичный абдоминальный туберкулез

Туберкулезная инфекция может проникнуть в кишечник:

- ∅ через молоко, больных туберкулезом коров;
- ∅ через пищевые продукты или жидкости, посуду, инфицированную МБТ и др.;



Вторичный абдоминальный туберкулез

- ∅ возникает в тех случаях, когда МБТ проникают в кишечник посредством заглатывания слюны и мокроты больными при специфическом поражении легких;
- ∅ возможна гематогенная диссеминация МБТ из первичного фокуса в легких, в лимфоузлах.



Гиперпластический подвздошно-слепокишечный туберкулез

- ∅ Редкая форма болезни
- ∅ Возникает, как осложнение одной из форм дуоденита, либо воспаления другого отдела кишечника
- ∅ Заражение МБТ при этом может иметь разное происхождение



Клиническая картина

**Первичный
туберкулез
кишечника**

=

**Вторичный
туберкулез
кишечника**



Клиническая картина туберкулеза кишечника

- ü Боли локализуются в правой подвздошной области и характеризуются постоянством
- ü Они различны по интенсивности и длительности
- ü Могут появляться самостоятельно или в связи с приемом пищи и дефекацией
- ü Неустойчивый стул (до 2—4 раз в сутки)
- ü Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области
- ü Слепая кишка может быть раздутой или уплотненной
- ü Терминальная петля подвздошной кишки пальпируется в виде шнура
- ü Гной, слизь и кровь в кале обнаруживают редко



Рентгенологические признаки

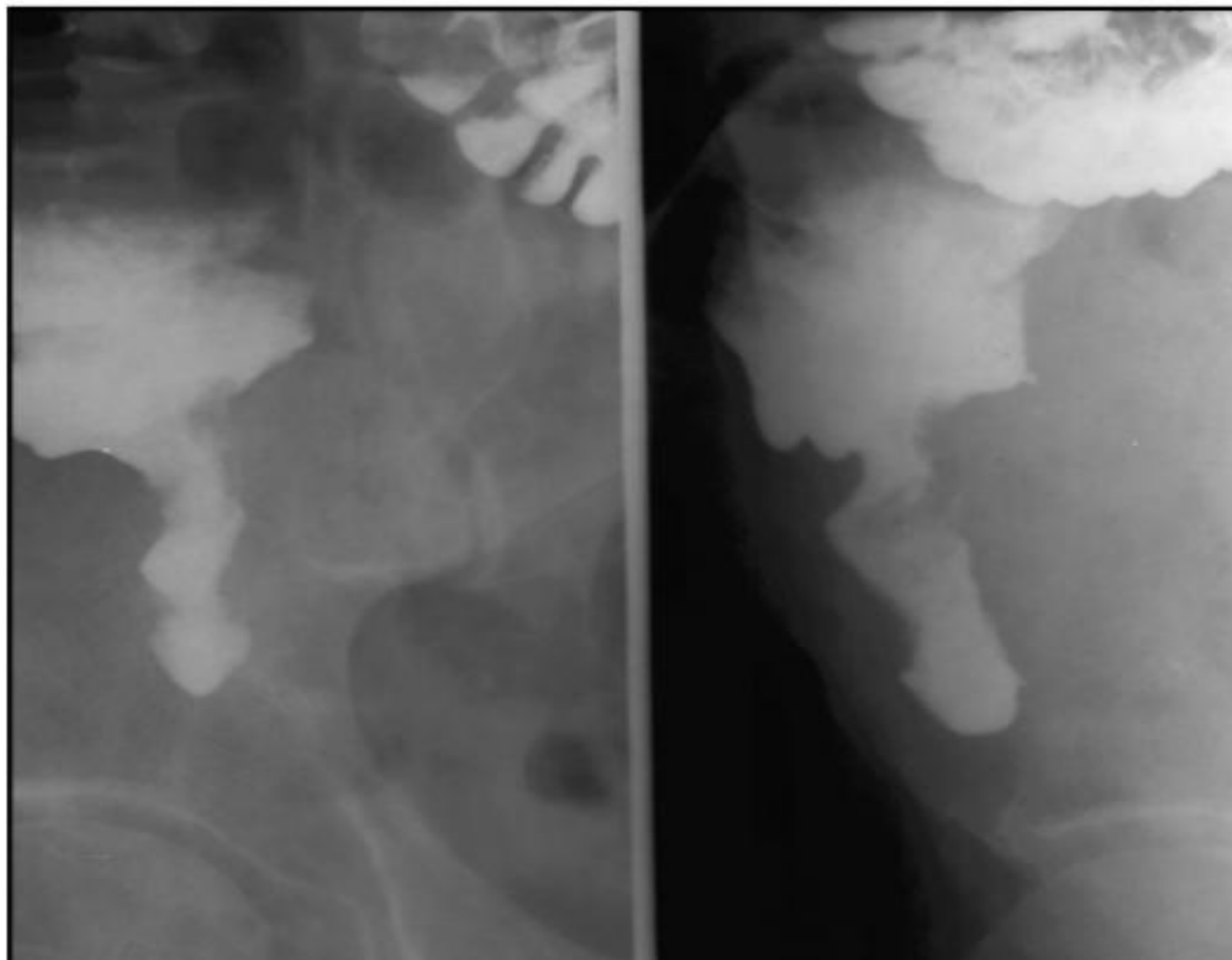
Функциональные изменения:

- ∅ Спастический дефект наполнения
- ∅ Задержка бариевой взвеси в подвздошной или слепой кишке
- ∅ Сегментарное расширение петель кишечника



Ирригограмма

Спазм слепой кишки при туберкулезе (функциональные изменения):



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Рентгенологические признаки

Морфологические изменения:

- Ø Зубчатость контуров слепой кишки
- Ø Укорочение и деформация слепой кишки
- Ø Отсутствие гаустрации в области брыжеечного края слепой кишки
- Ø Несостоятельность илеоцекального клапана
- Ø Дефект наполнения
- Ø Внутренние свищи



Внутренний свищ (морфологические изменения)



Рентгенографическое исследование тонкой кишки с бариевой взвесью. Тонко-толстокишечный свищ по которому контраст поступает из тонкой в сигмовидную кишку.

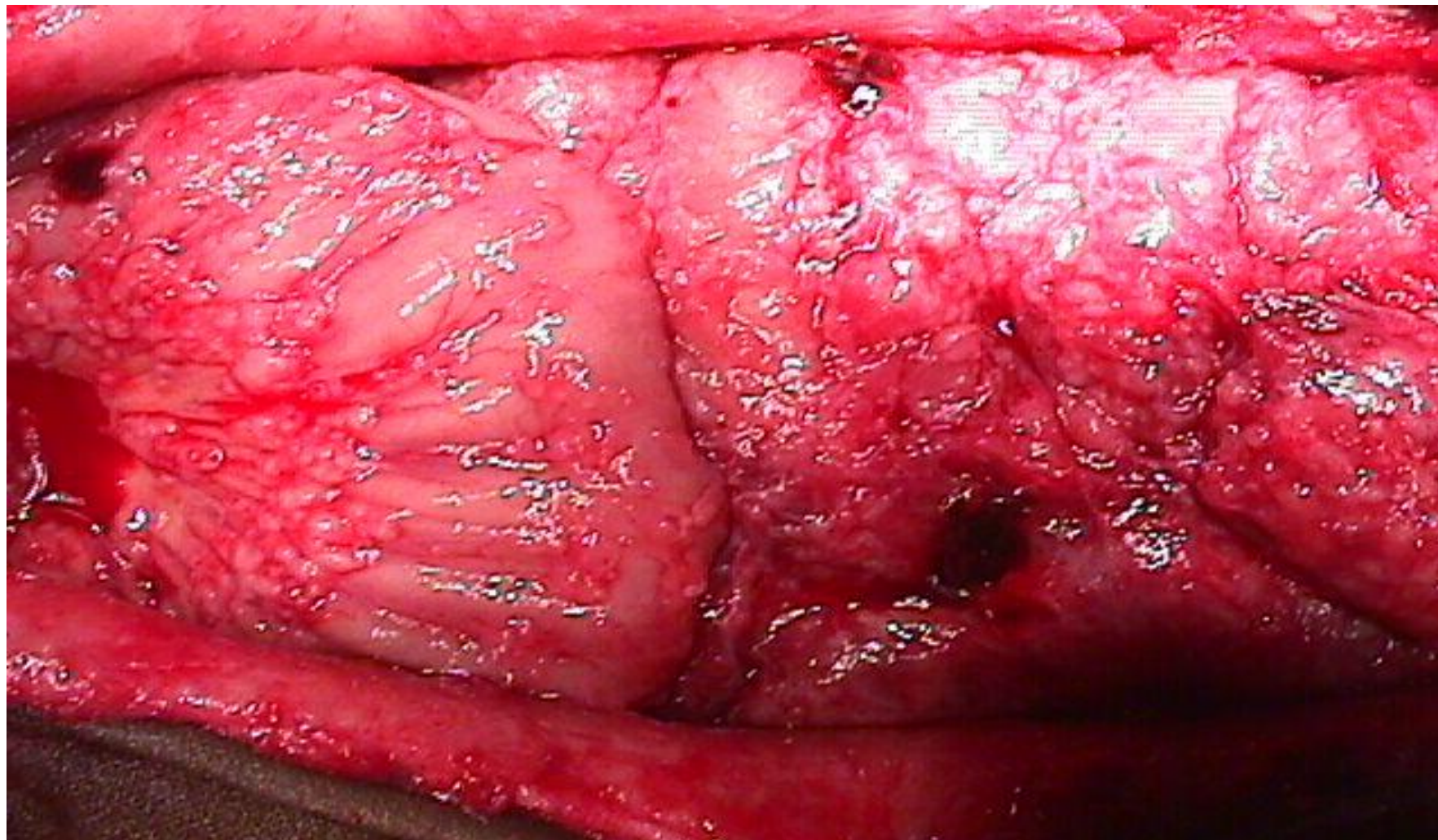


Туберкулез брюшины

- ∅ Возникает при гематогенной диссеминации, реже как осложнение локальных форм лимфаденита, туберкулеза других органов брюшной полости и таза



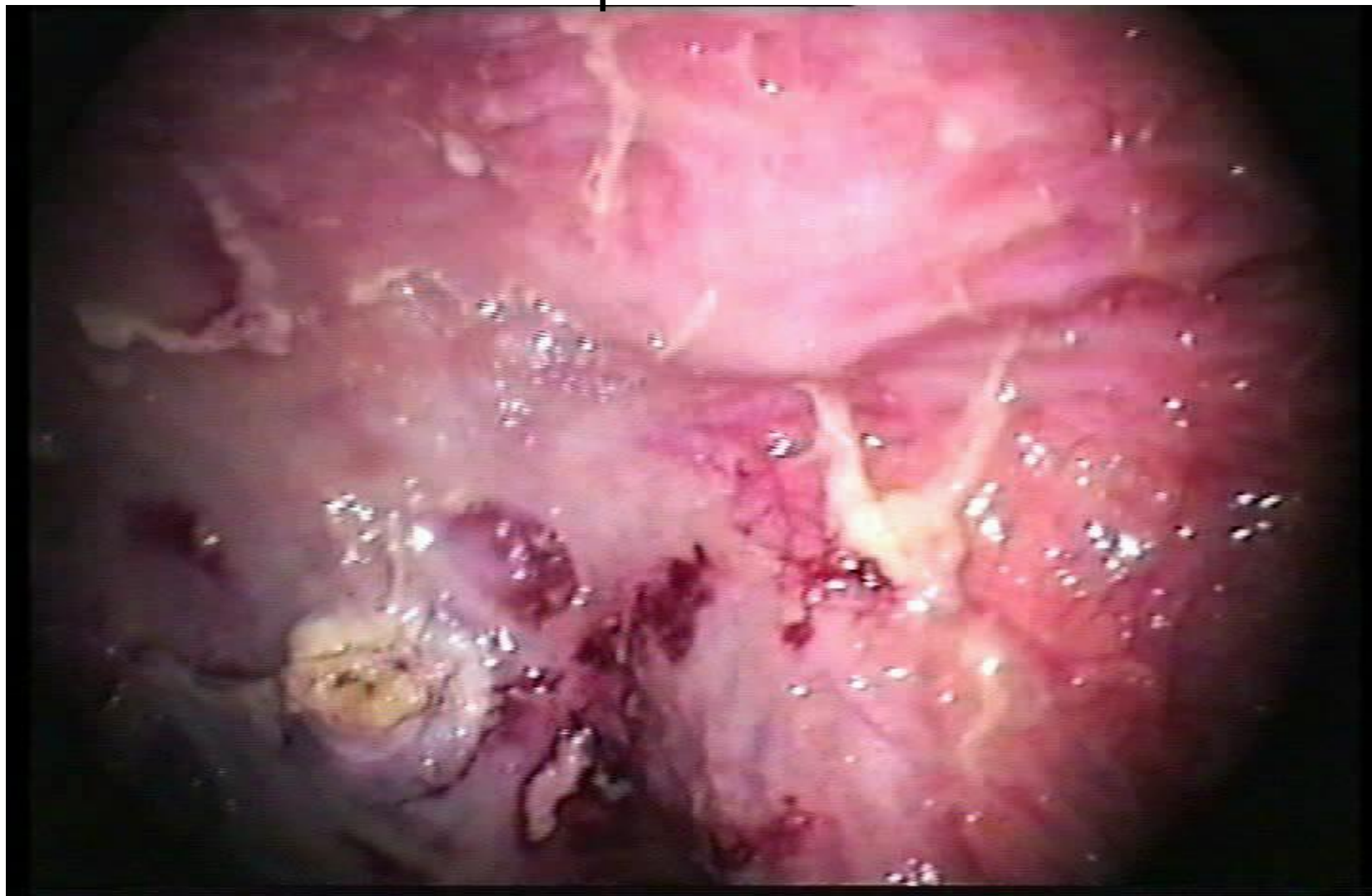
Туберкулёз брюшины



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Лапароскопическая картина при туберкулезе брюшины



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Туберкулезный перитонит

Формы:

- Ø экссудативная
- Ø слипчивая
- Ø язвенная



Экссудативная форма перитонита

- ü туберкулёзные бугорки локализуются в поверхностном слое стенки брюшины
- ü образуется экссудат в брюшной полости
- ü заболевание развивается постепенно
 - Ø боли в животе
 - Ø неустойчивый стул
 - Ø субфебрильная температура
 - Ø диспепсические расстройства
- ü живот значительно вздут, болезнен, видны расширенные вены вследствие венозного застоя
- ü симптомы раздражения брюшины сглажены
- ü имеется асцитическая жидкость.

В большинстве случаев протекает благоприятно, с полным рассасыванием экссудата



Слипчивая форма перитонита

- ü поражаются более глубокие слои брюшины, где расположена соединительная ткань
- ü преобладает продуктивная фаза воспаления с образованием спаек между брюшиной и прилежащими к ней органами брюшной полости
- ü волнообразное течение
 - Ø общая слабость
 - Ø боли в животе приступообразного характера
 - Ø тошнота
 - Ø рвота
 - Ø поносы, чередующиеся с запорами
- ü напряжение брюшной стенки и резкая болезненность по всему животу
- ü У некоторых больных пальпируются плотные, различной формы опухолевидные образования, малоподвижные и часто безболезненные



Язвенная форма перитонита

- ü миллиарные бугорки подвергаются творожистому расплавлению
- ü на париетальной и висцеральной брюшине образуются казеозно-некротические язвы
- ü клинические проявления ярко выражены
 - Ø кожа и слизистые оболочки бледные, с цианотическим оттенком
 - Ø черты лица заострены
 - Ø глаза запавшие
 - Ø частая рвота
 - Ø живот вздут
 - Ø язык сухой
 - Ø лихорадка

Заболевание протекает тяжело, часто наблюдаются осложнения в виде свищей во внутренние органы и наружу через брюшную стенку.



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

1 этап

- ∅ снятие симптомов интоксикации, рассасывание местных воспалительных изменений, профилактика и купирование осложнений

2 этап

- ∅ восстановление функциональных возможностей, коррекция побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, профилактика устойчивости МБТ к препаратам

3 этап

- ∅ восстановление функциональных возможностей, стимулирование репаративных процессов, коррекция побочных эффектов противотуберкулезных препаратов



Осложнения абдоминального туберкулеза

- ∅ кровотечения,
- ∅ образование наружных и внутренних свищей,
- ∅ перфорация кишечника,
- ∅ каловый перитонит,
- ∅ кишечная непроходимость,
- ∅ амилоидоз внутренних органов...



Осложнения абдоминального туберкулеза

Развиваются ~ 80% больных абдоминальным туберкулезом

ü фатальные ~ 45%

Причины летальных исходов:

ü гнойный перитонит при перфорации
гастроинтестинальных язв (44%)

ü интоксикация (27,7%)

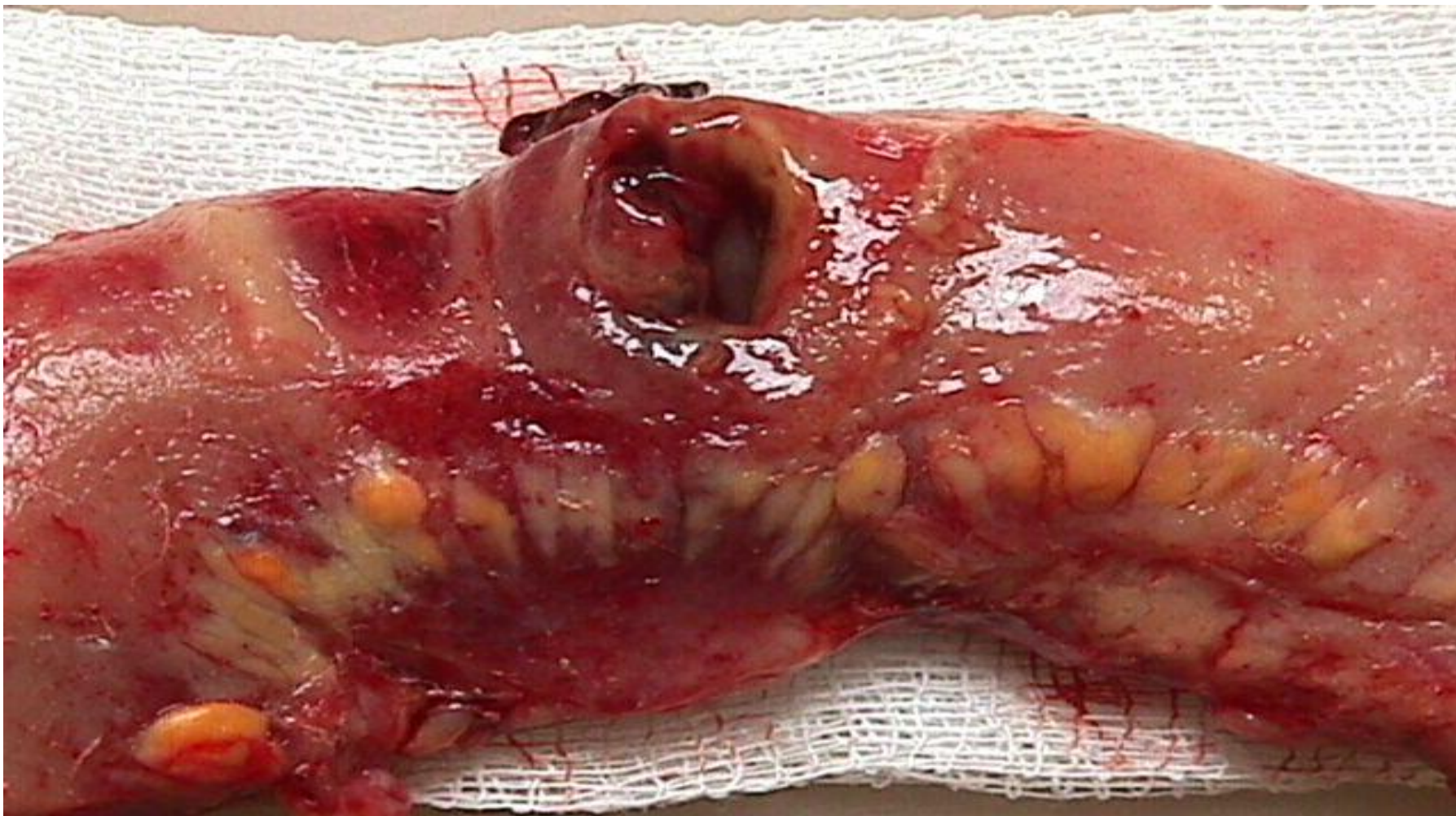
ü ЛСН и отек мозга при вовлечении легких и оболочек
мозга (18,5%),

ü осложнения сопутствующей патологии (3,1%).

Л.Н. Савоненкова, 2008



Перфоративная язва тонкой кишки



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



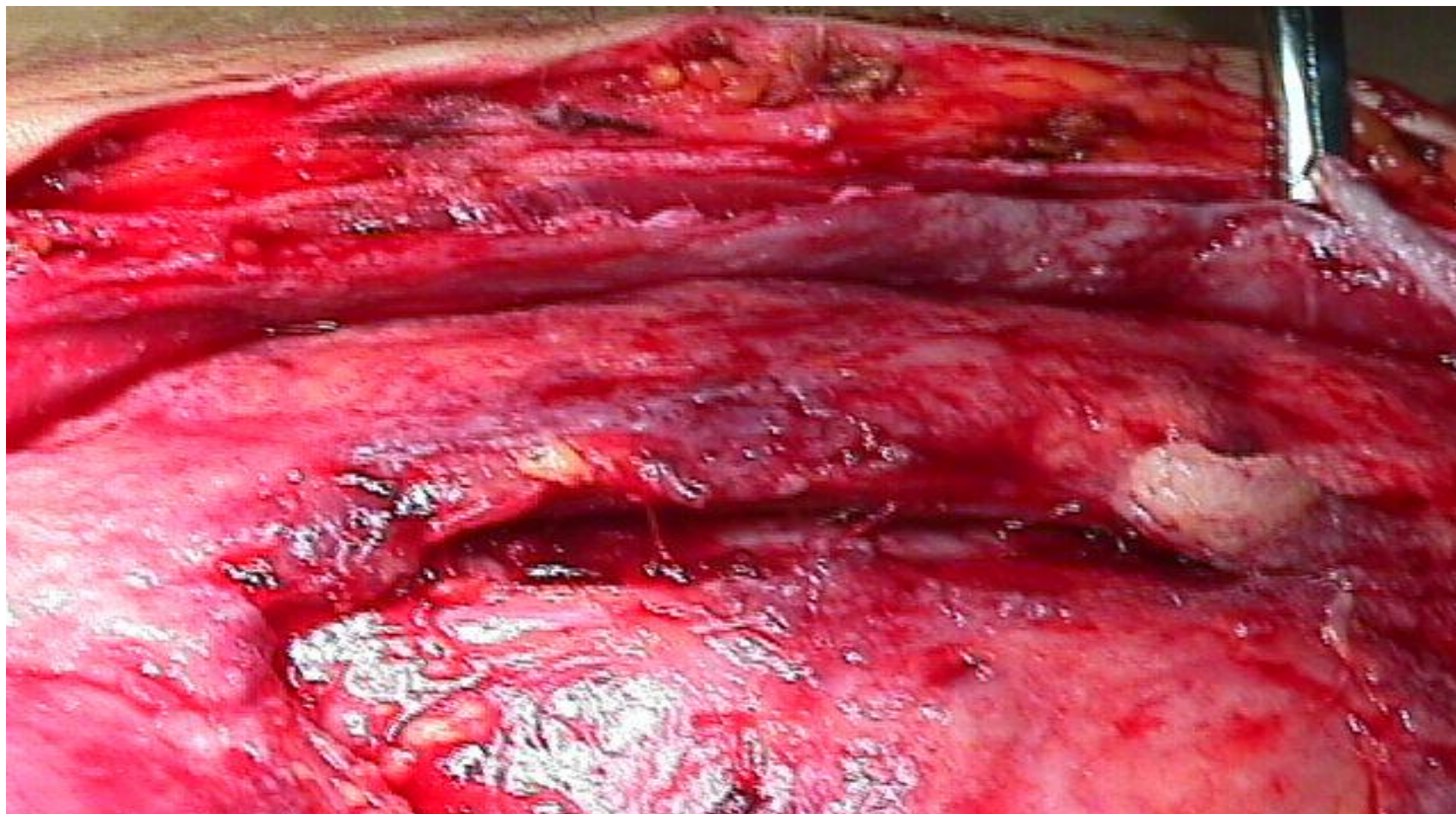
Стенозирующая туберкулёзная язва тонкой кишки



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Конгломерат органов брюшной полости при туберкулёзе – причина кишечной непроходимости



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Туберкулез периферических лимфатических узлов

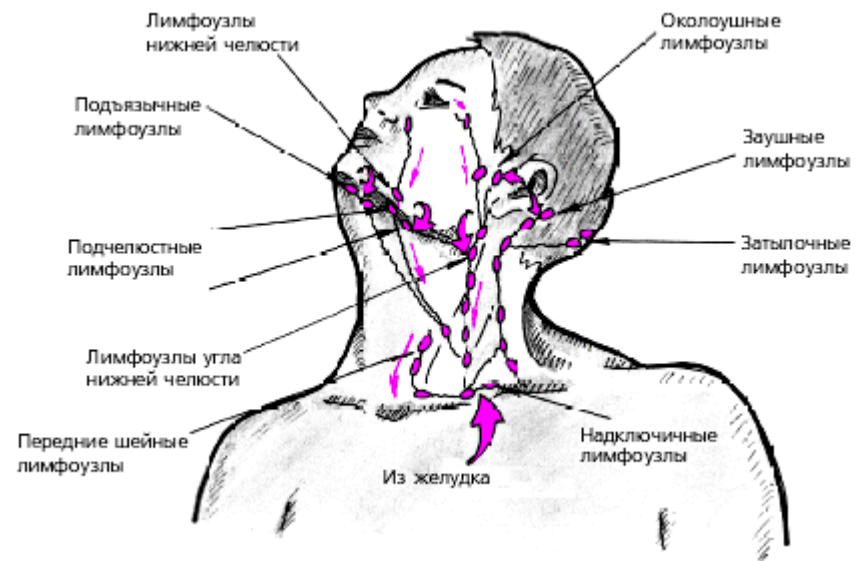
Протекает как на фоне легочного заболевания,
так и самостоятельной болезнью

Преимущественное поражение:

- Ø шейные
- Ø подчелюстные

Редко поражаются:

- Ø подключичные
- Ø подмышечные
- Ø паховые



Патогенез

Входными воротами инфекции могут быть:

- миндалины
- внутригрудные лимфатические узлы
- лёгкие
- другие органы...

Бактерии распространяются лимфогенным путем

- из туберкулезного очага в ротовой полости (при туберкулезе слизистой оболочки полости рта, языка или миндалин),

либо гематогенным путем

- при генерализованном туберкулезе

Возможно попадание туберкулезной инфекции в подчелюстные узлы при обычном повреждении слизистой оболочки полости рта или при ее воспалении



Стадии болезни

- Ø I (пролиферативная) характеризуется увеличением лимфатических узлов — за счет размножения клеток (пролиферации) без их омертвления
 - ü ранняя (пролиферативно-гиперпластическая) — без образования туберкулезных бугорков
 - ü поздняя (пролиферативно-гранулематозная) — с формированием бугорков (туберкулезной гранулемы)
- Ø II казеозная, характеризуется образованием на месте ткани лимфатического узла творожистых некротических масс (казеозный некроз)
- Ø III абсцедирующая — казеозные массы в капсуле пораженного узла размягчаются, превращаясь в гной (абсцесс).
- Ø IV свищевая — кожа над расплавившимся лимфатическим узлом истончается и прорывается с образованием свища.



Группы риска

- ∅ дети
- ∅ молодые люди до 25 лет
- ∅ ВИЧ-инфицированные
- ∅ люди с хроническими болезнями легких
- ∅ люди с ослабленным иммунитетом

Предрасположенность детей к заболеванию туберкулезом лимфатических узлов связывают с особенностями развития лимфатической системы в раннем возрасте



Клинические проявления

ü Острое начало заболевания

- Ø высокая температура,
- Ø симптомы туберкулёзной интоксикации,
- Ø увеличение лимфатических узлов, нередко с выраженными воспалительно-некротическими изменениями и перифокальной инфильтрацией.

ü Хроническое начало заболевания

- Ø чаще у взрослых
- Ø начало заболевания постепенное, с меньшим увеличением лимфатических узлов и более редким образованием свищей в связи с преимущественно продуктивным характером воспаления.

ü Характерным признаком туберкулёзного лимфаденита, является наличие периаденита. Поражённые лимфатические узлы представляют конгломерат спаянных между собой образований различной величины



Диагностика

- Ø Анамнез
 - ü контакт с туберкулёзными больными
 - ü наличие туберкулёзного поражения лёгких и других органов
- Ø Клинические проявления
 - ü конгломераты лимфатических узлов
 - ü наружные свищи
- Ø Кожные иммунологические тесты
 - ü реакция Манту, Диаскинтест
- Ø Лучевое обследование
 - ü кальцинаты, абсцессы в мягких тканях шеи, подчелюстной, подмышечной и паховой областях
- Ø Бактериологическое исследование
 - ü пунктат поражённых лимфатических узлов
 - ü свищевое отделяемое
- Ø Гистологическое исследование
 - ü биопсия поражённых лимфатических узлов



Дифференциальная диагностика

- ∅ неспецифический гнойный лимфаденит
- ∅ лимфогранулематоз
- ∅ метастазы злокачественных опухолей
- ∅ другие поражения лимфатических узлов



Лечение

- Ø Консервативная терапия проводится по стандартным фтизиатрическим принципам
 - ü раннее начало комбинированного лечения значительно укорачивает длительность заболевания и предупреждает, в некоторых случаях, развитие свищевых форм
- Ø Хирургическое лечение может проводиться при II, III и IV стадиях заболевания (решение принимается индивидуально в каждом конкретном случае)
 - ü лимфаденэктомия
 - ü вскрытие абсцессов
 - ü иссечение свищей
- Ø Реабилитацию больных проводят в санаторных условиях



Прогноз

При своевременном распознавании
заболевания и лечении лимфаденита

—

благоприятный



Клинический случай

Больная Г., 1930г.р.

Анамнез заболевания:

- Ø туберкулезом не болела
- Ø меньше года назад появилась припухлость на шее
- Ø многократно обследовалась в общей лечебной сети
- Ø диагноз окончательно не установлен



Госпитализирована в ФГБУ СПб НИИФ МЗРФ в 2016г.

Жалобы

• припухлость на шее справа

• наличие наружного свища на шее справа

• слабость

Результаты обследования

• общеклинические анализы – без существенных отклонений

• Ф50, HbsAg, HCV, Rw – отрицательные

• Диаскинтест – р20 мм

• МРТ шеи – шейная лимфаденопатия, признаки образования околоушной слюнной железы (копия прилагается)

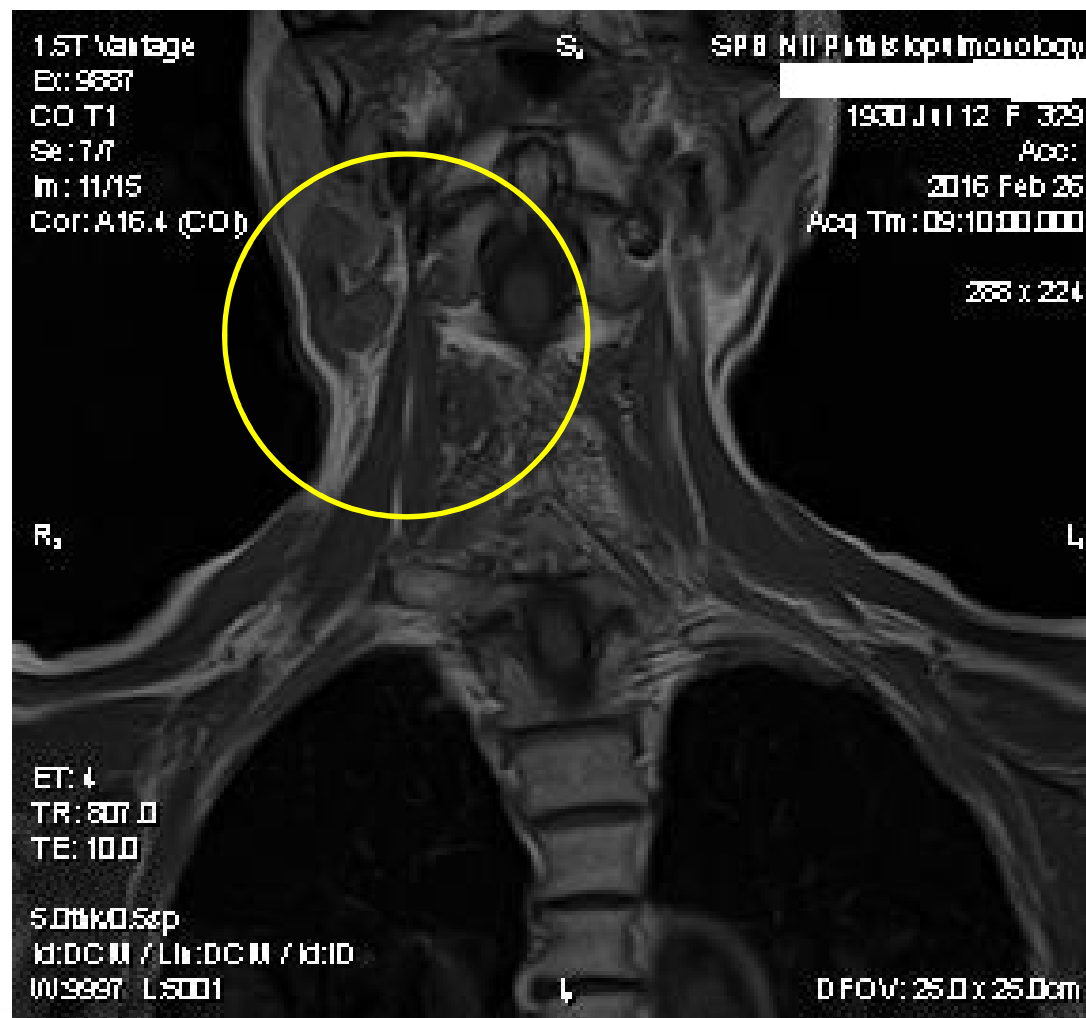
• ПЦР отделяемого из свища №3 – выявлены ДНК МБТ

• Бактериологическое исследование отделяемого из свища — выделена культура МБТ

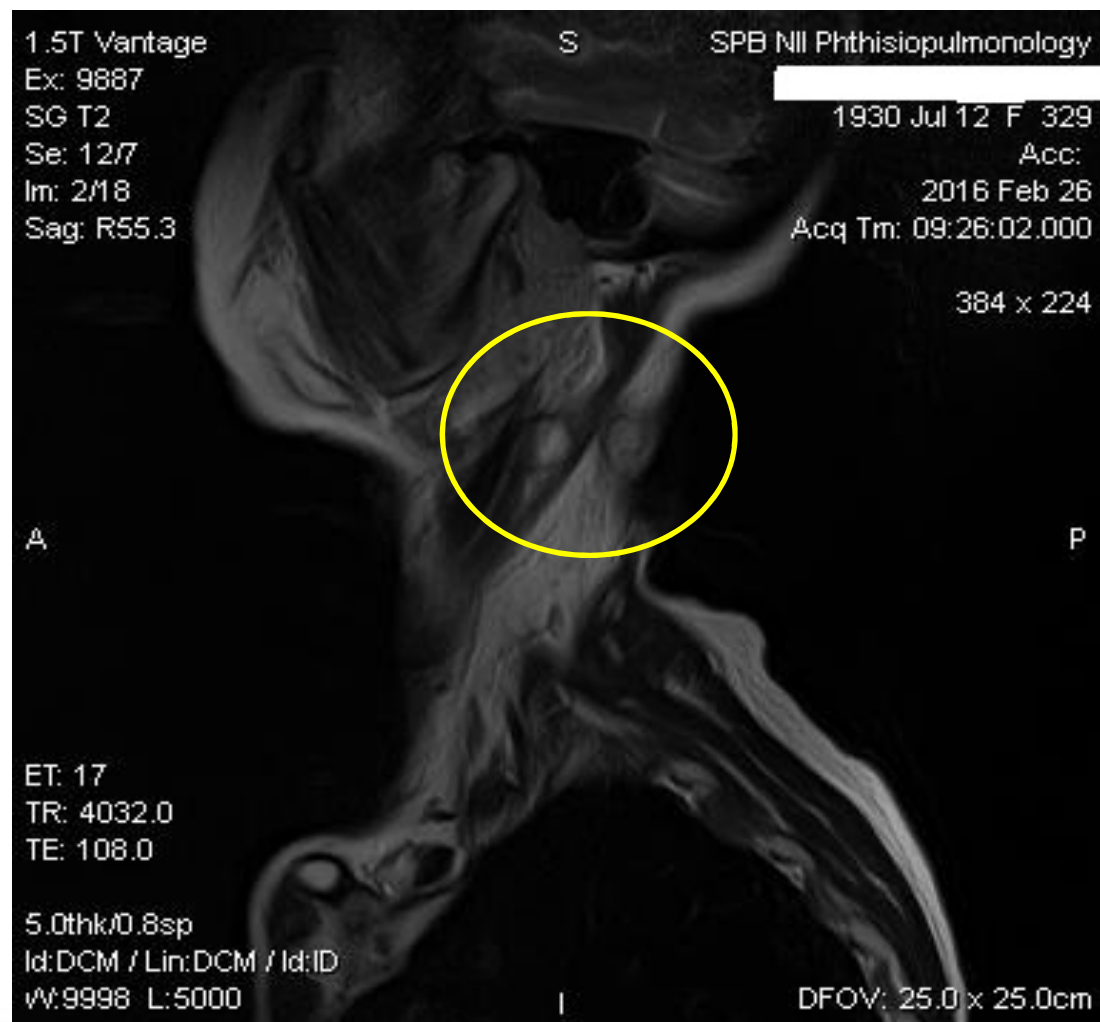
• Консультация окулиста прием Е противопоказан



Магнитно-резонансная томограмма больной Г. до лечения (прямая проекция)



Магнитно-резонансная томограмма больной Г. до лечения (боковая проекция)



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



ДИАГНОЗ

- ü Туберкулёз периферических лимфатических узлов (шейных), активная фаза, свищевая форма, МБТ (+).
- ü Образование правой околоушной слюнной железы неуточнённой этиологии.

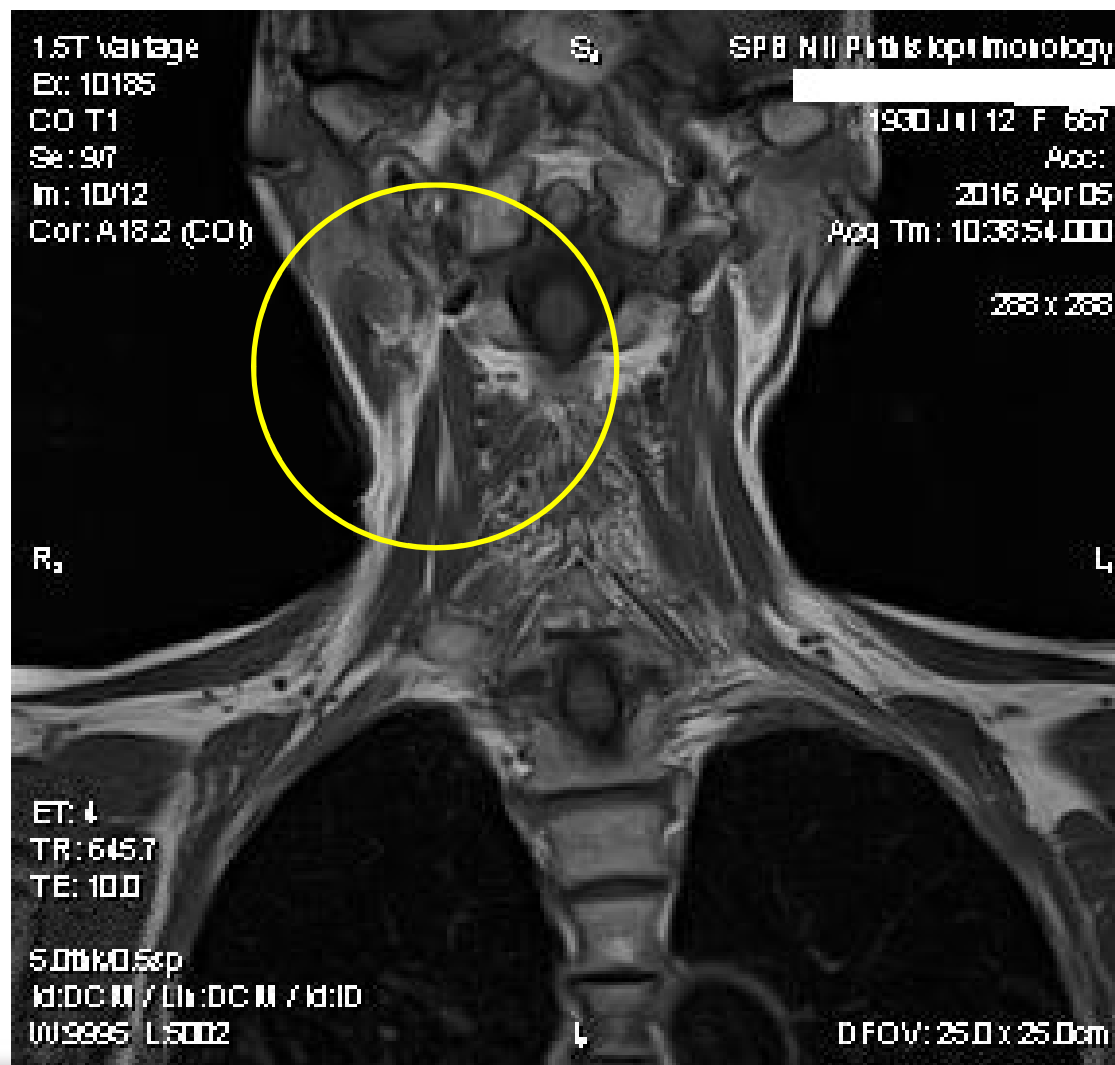


Лечение

- Ø 1 режим противотуберкулезной химиотерапии (переносимость лечения хорошая)
- Ø на фоне лечения быстро произошло закрытие свища
- Ø через 2 месяца лечения лимфатические узлы не пальпируются



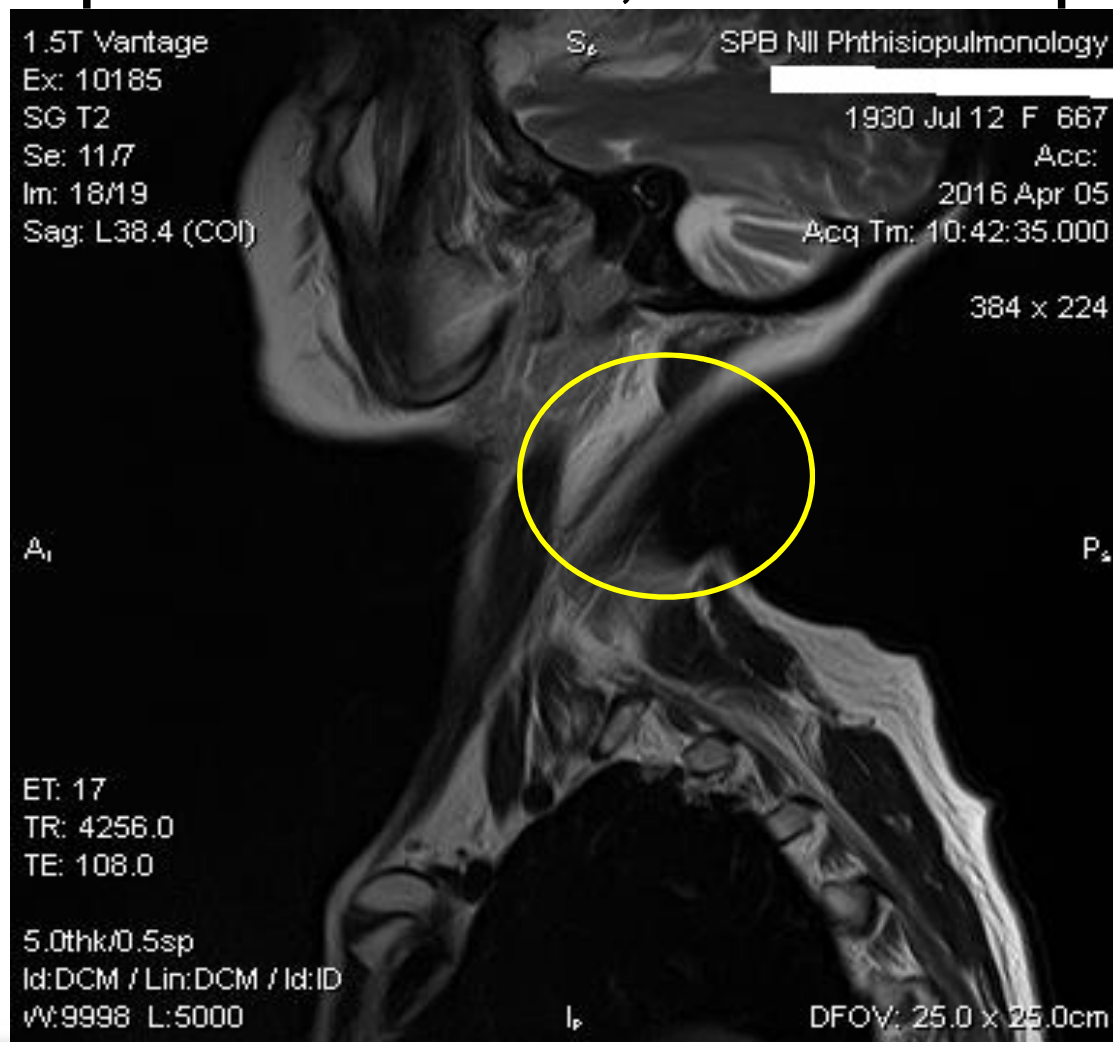
Магнитно-резонансная томограмма больной Г. (контроль лечения, прямая проекция)



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Магнитно-резонансная томограмма больной Г. (контроль лечения, боковая проекция)



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России





Спасибо за внимание!

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России

