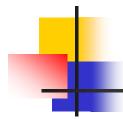
ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ



ФГБУ «СП6НИИФ» Минздрава России



- 43% среди различных видов лимфаденопатий
- в структуре заболеваемости внелёгочным туберкулёзом занимает 3 – 4 место
- в 31,6% наблюдений отмечают сочетание туберкулёза периферических лимфатических узлов с другими локализациями специфического процесса



ПАТОГЕНЕЗ

- выделяют 4 стадии туберкулёза периферических лимфатических узлов:
- I стадия начальная пролиферативная;
- II стадия казеозная;
- III стадия абсцедирующая;
- IV стадия свищевая (язвенная).



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Чаще всего поражаются лимфатические узлы подчелюстной области и шеи — от 61,1% до 95,7%,
- подмышечные от 6,6% до 15,2%,
- паховые от 3,1% до 7,8%,
- локтевые 0,7% до 1%;
- множественные поражения 7–8%.



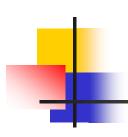


КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Клиническое течение: бессимптомное, подострое или острое.
- При бессимптомном течении у части больных в анамнезе отмечают перенесённый в прошлом туберкулёз иной локализации или контакт с больными туберкулёзом. Признаки интоксикации при бессимптомном течении отсутствуют. Единственной жалобой может быть наличие опухолевидного образования в области поражения.



- При подостром течении часть больных связывают его начало с простудой или перенесённым в прошлом туберкулёзом лёгких.
- Наиболее часто поражается несколько лимфатических узлов, иногда с обеих сторон шеи.
- Вначале нередко определяется цепочка плотных лимфатических узлов, подвижных, не спаянных между собой и с окружающими тканями.



 В дальнейшем происходит образование воспалительных конгломератов с размягчением, казеозным некрозом и гнойным расплавлением. Кожа над конгломератом остаётся мало изменённой, определяют флюктуацию. Через некоторое время абсцесс вскрывается, причём выделяется характерный крошковатый гной и образуются свищи — процесс переходит в ІІІ и ІV стадии.



- Острое начало заболевания наблюдают редко
- характеризуется выраженными признаками специфической интоксикации
- лимфатические узлы быстро увеличиваются в размере, часто происходит их нагноение с образованием свищей
- Для туберкулёзного периферического лимфаденита характерна сезонность обострений (весна и осень), которым также способствуют переохлаждение, нервный стресс, нерегулярное питание и т.д.



- В последние годы отмечают утяжеление клиникоморфологических проявлений туберкулёза периферических лимфатических узлов:
- увеличивается сочетание с другими локализациями туберкулёза — с 25,5% до 31,6%
- наблюдают множественные поражения лимфоузлов различных групп с 14,5% до 40,8%
- частота сопутствующих заболеваний выросла с 56,4% до 70,4%



- Сочетание туберкулёза периферических лимфатических узлов со специфическим процессом в органах дыхания чаще наблюдают у лиц молодого возраста, оно характеризуется преимущественным поражением лимфатических узлов шеи 89,0%, высокой частотой деструктивных форм 28,1%.
- В гемограмме отмечают: лимфоцитоз (53%), увеличенная СОЭ (45%), моноцитоз (41%), анемия (20%), лейкоцитоз (9%).



При биохимическом исследовании сыворотки крови у 44,1% больных выявляют повышенный уровень церулоплазмина, в 3,3% — гаптоглобина, в 40,5% — появление С-реактивного белка, в 36,1% — снижение альбумино-глобулинового коэффицента, у 32,5% — увеличение фракции β-глобулинов.



ОСЛОЖНЕНИЯ

- образование абсцессов и свищей (29,7%), кровотечения, генерализация процесса
- из наблюдавшихся в клинике СПбНИИФ больных осложнённые формы туберкулёзного лимфаденита выявлены у 20,4% больных, в том числе абсцессы у 17,4% и свищи у 3,0%.



- ДИАГНОСТИКА
- ОСМОТР БОЛЬНОГО И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
- Местные изменения в области поражения зависят от стадии процесса.
- На I и II стадиях определяют плотноэластические, не спаянные с кожей безболезненные узлы размером до 1—4 см
- Для III стадии характерна болезненность, гиперемия кожи и флюктуация



- ДИАГНОСТИКА
- ОСМОТР БОЛЬНОГО И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
- В IV стадии формируются свищи. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у 23,8% больных туберкулёзом периферических лимфатических узлов в лёгких выявлен активный туберкулёзный процесс, у 13,9% обызвествлённые очаги, в 41,7% кальцинаты в бронхо-пульмональных лимфатических узлах. У 10,3% больных имеются обызвествления в мягких тканях шеи.

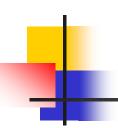


ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Определение активности аденозиндезаминазы, чувствительность способа — 83,5%, специфичность — 82,1%
- Туберкулиновые пробы. При постановке реакции Манту с 2 ТЕ ППД-Л положительная проба встречается у 71,2% пациентов, гиперергическая у 18,9%. Накапливается материал по использованию ДТ
- Иммунологическая диагностика позволяет заподозрить среди лимфаденопатий неясной этиологии в 17,8% туберкулёзную природу заболевания. Высокие титры ПТАТ в сыворотке крови и положительный клеточный ответ в РБТЛ-ППД всегда свидетельствует об активности процесса независимо от его локализации.



- Бактериологическая диагностика.
- При бактериоскопии удалённых лимфатических узлов КУБ выявлены в 8,3% случаев, методом посева МБТ в 15% случаев и в отделяемом из свищей в 25%. В диагностике туберкулёза периферических лимфатических узлов большое значение имеет ПЦР.
- Гистологическое исследование.
- Наиболее ценно для диагностики морфологическое изучение биоптата или удаленного узла.



- значимость диагностических методов:
- гистологический метод чувствительность 94,4%, специфичность 100%;
- иммунологический метод (определение ПТАТ в ткани лимфатического узла) чувствительность 88,2%, специфичность 92,3%;
- выявление микобактерий туберкулёза в ткани лимфатического узла методом ПЦР чувствительность 84,0%, специфичность 82,4%;



- значимость диагностических методов:
- цитологический метод (исследование мазковотпечатков ткани лимфатического узла) чувствительность 55,6%, специфичность 83,1%



- УЗИ уточняют количество пораженных лимфатических узлов, размеры, толщину капсулы, эхогенность, наличие включений.
- Лимфография выявляет характерные для данной локализации процесса краевые и центральные дефекты наполнения.
- Заключительным этапом диагностики является морфологическое исследование биоптата узла или операционного материала после его удаления.



Лечение

 Тактика хирургического лечения зависит от стадии специфического процесса: в 1-ой, 2-ой стадии устанавливают показания к ранней хирургической операции – радикальному удалению пораженных лимфатических узлов и конгломератов на фоне интенсивной химиотерапии

Лимфатические узлы на шее и в надключичной области удаляют под общим обезболиванием.
 Удаление лимфатических узлов, расположенных кпереди от кивательной мышцы, сопряжено с техническими трудностями, связанными с отделением конгломерата узлов от сонной артерии и внутренней яремной вены



- Хирургическое лечение осложненных форм ТПЛУ
- При абсцедирующих формах производят вскрытие абсцесса и удаление казеозных масс. Капсулу абсцесса частично подшивают к окружающим тканям для проведения открытой санации и дренирования оставшейся полости, в дальнейшем происходит рубцевание санированной полости.
 При возможности проводят иссечение пораженных лимфатических узлов и их конгломератов.



- По данным клиники института у половины больных абсцедирующим лимфаденитом с активным процессом в легких производили повторные абсцессотомии в других группах лимфатических узлов с интервалом в один месяц.
- При свищевых формах местное лечение состоит в санации свищевого хода: промывание антисептическими растворами, удаление отторгающихся казеозных масс, вскрытие и открытая санация абсцессов. Через 4 – 6 недель производят иссечение свища, удаление пораженных лимфатических узлов и рубцовых тканей.



- Химиотерапия у больных ТПЛУ при активном ТОД имеет существенные отличия. Фаза интенсивной терапии 4-5 препаратами длится до 3 месяцев, основной этап лечения составляет 10-12 месяцев.
- Сравнительный анализ показал, что хирургическое вмешательство является важной составляющей комплексного лечения, производится через 2 месяца интенсивной этиотропной терапии и направлено на удаление пораженных туберкулезом лимфатических узлов. Стойкое затихание туберкулеза органов дыхания в отдаленные сроки наблюдения достигнуто практически у всех лечившихся пациентов.

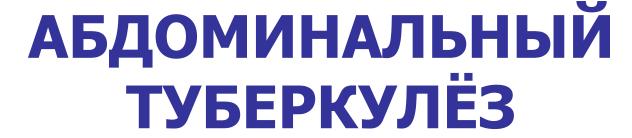


АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ

- Чаще всего локализуется в:
- кишечнике,
- лимфатических узлах и
- брюшине.
- Диагностика туберкулёза органов брюшной полости до настоящего времени представляет большие трудности.



- Не имеет патогномоничных симптомов.
- Поэтому основная масса больных абдоминальным туберкулёзом обследуется в общей лечебной сети под всевозможными диагнозами.
- Большинство случаев осложнённого течения абдоминального туберкулёза являются причиной проведения ургентных операций в общехирургических стационарах, которым подвергают до 25% больных.



- По данным клиники института за последние годы отмечено увеличение числа больных, госпитализируемых с запущенными формами туберкулёза органов брюшной полости, а также с осложнениями, развивающимися после неадекватных хирургических вмешательств, проведённых в общей лечебной сети.
- До настоящего времени неоправданно высокими остаются сроки от первичного обращения больного абдоминальным туберкулёзом в медицинскую сеть до определения правильного диагноза.



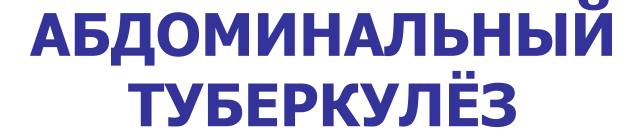
ПАТОГЕНЕЗ

- Туберкулёз органов брюшной полости развивается преимущественно при лимфогематогенном распространении микобактерий туберкулёза из очагов первичной или послепервичной инфекции.
- Алиментарному пути заражения в настоящее время отводят скромное место. В развитии туберкулёза желудочно-кишечного тракта значительную роль играют факторы, ослабляющие общую и местную резистентность.
- Туберкулёз кишечника может возникнуть на любом этапе развития первичного и вторичного туберкулёза.



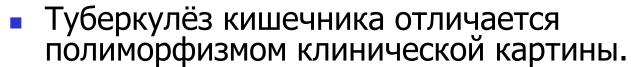


- Поражение кишечника может быть вторичным по отношению к основной локализации заболевания, чаще всего при поражении лёгких, или одним из многочисленных проявлений генерализованного туберкулёза.
- Поражение кишечника при активном лёгочном процессе колеблется от 40 до 90% (по данным различных авторов).



- В морфорлогическом плане различают язвенную, гипертрофическую, стенозирующую и язвенногипертрофическую формы заболевания.
- Морфологические изменения часто находят в илеоцекальном отделе со стороны подвздошной и слепой кишки, что составляют 63% случаев от всех кишечных локализаций.





- Иногда основными симптомами являются признаки туберкулёзной интоксикации (лихорадка, потливость, потеря массы тела и т.д.) без каких-либо проявлений, характерных для заболеваний желудочно-кишечного тракта.
- Заболевание может протекать бессимптомно, в большинстве случаев волнообразно, с периодами обострений и ремиссий.
- Боли характеризуются постоянством и локализуются в правой подвздошной области.
 Они различны по длительности и интенсивности.
 Часто наблюдают неустойчивый стул и вздутие живота.



- Живот вздут без нарушений конфигурации, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области.
- Терминальная часть подвздошной кишки прощупывается в виде плотного шнура. Резкую болезненность и напряжение мышц живота находят у больных при прободении туберкулёзной язвы кишечника и развитии перитонита, преимущественно в илеоцекальной области.
- Осложнениями туберкулёза кишечника могут быть кишечная непроходимость, перфорация язвы, кровотечения и перитонит. Встречается туберкулёз червеобразного отростка с клинической картиной аппендицита. Другие отделы толстой кишки поражаются редко.



ТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ ПЕРИТОНИТ

 Туберкулёзный перитонит (туберкулёз брюшины) относят преимущественно к проявлениям периода первичной туберкулёзной инфекции как следствие лимфо-гематогенного распространения процесса, или он является осложнением при специфическом поражении лимфатических узлов брюшной полости, кишечника, половых органов, позвоночника, распространяясь контактным и лимфогенным путём.



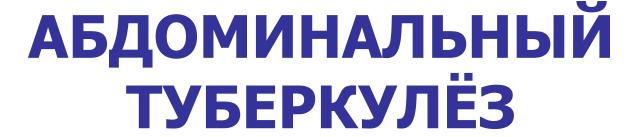
- Картина болезни при перитонитах может занимать доминирующее положение в общей симптоматологии болезни
- Особенно тяжёлый перитонит развивается при прободении туберкулёзной язвы кишечника в брюшную полость или прорыве казеозных лимфатических узлов брыжейки.
- В период вторичного туберкулёза распространение процесса из мезентериальных узлов, кишечника и половых органов приводит чаще к развитию сухой формы перитонита с поражением ограниченных участков брюшины.



- Различают бугорковую, экссудативную, экссудативно-слипчивую и казеозно-язвенную формы туберкулёзного перитонита.
- Бугорковый туберкулёзный перитонит характеризуется острым течением, начинается с повышения температуры тела, озноба и болей в животе. Язык сухой, с беловатым налетом. Передняя брюшная стенка напряжена, отчётливо выявляются симптомы раздражения брюшины (симптомы Воскресенского, Щёткина—Блюмберга, Ситковского и др.).
- Абсолютное большинство больных оперируют в экстренном порядке с диагнозом «острый живот» и т.п. При этом обнаруживают бугорковые высыпания по брюшине.



- Экссудативный туберкулёзный перитонит служит, как правило, исходом бугоркового.
- Характеризуется образованием экссудата в брюшной полости.
- Заболевание развивается постепенно с появления неопределённых болей в животе, неустойчивого стула, субфебрильной температуры тела, слабости, диспепсических расстройств. Живот увеличивается в объёме, иногда значительно. Симптомы раздражения брюшины сглажены, определяют наличие асцитической жидкости.



- Слипчивая форма перитонита результат осложнённого течения туберкулёза органов брюшной полости с образованием множественных спаек.
- Клиническое течение волнообразное. Больные жалуются на общую слабость, боли в животе, тошноту, поносы.
- Частым осложнением становится спаечная кишечная непроходимость.
- **Экссудативно-слипчивый перитонит** характеризуется появлением осумкованного экссудата, определяемого при перкуссии. Общее состояние больного длительное время остаётся удовлетворительным.





Казеозно-язвенная форма перитонита отличается появлением очагов творожистого некроза на париетальной и висцеральной брюшине с образованием язв различной величины. Клиническое течение болезни напоминает картину слипчивого перитонита. Это самая тяжёлая форма туберкулёзного перитонита. Нередко наблюдают осложнения в виде свищей во внутренние органы и наружу, через брюшную стенку. Общее состояние больных тяжёлое, отмечают высокую общую гипертермию на фоне выраженного интоксикационного синдрома.





- Клиническое течение туберкулёзного мезаденита отличается отсутствием патогномоничных симптомов.
- Оно может быть острым и хроническим, с ремиссиями и обострениями.
- При остром течении отмечают боли в животе различной локализации, но чаще всего в области пупка, левом подреберье и правой подвздошной области. Боли могут быть интенсивными и напоминают картину острого живота.



ТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ МЕЗАДЕНИТ

Обычно живот равномерно вздут, не напряжён, передняя брюшная стенка участвует в дыхании. При пальпации живота выявляют умеренную болезненность слева от пупка (положительный симптом Штернберга), положительный симптом Клиина (смещение болезненности при перемещении больного на левый бок). Симптомы раздражения брюшины не выражены. Увеличенные казеозные лимфатические узлы, которые были бы доступны пальпации, особенно у взрослых, наблюдают как исключение.



- Хронический туберкулёзный мезаденит протекает волнообразно, периоды обострений сменяются ремиссиями.
- Самый частый симптом боли в животе, которые соответствуют локализации патологического процесса (по проекции корня брыжейки).
- По характеру боли могут быть тупыми ноющими или в виде колик. Пациенты часто жалуются на вздутие живота, нарастающее к исходу дня. Боли нередко обусловлены давлением кальцинированных лимфатических узлов на сосудисто-нервный пучок брыжейки кишки.



ДИАГНОСТИКА

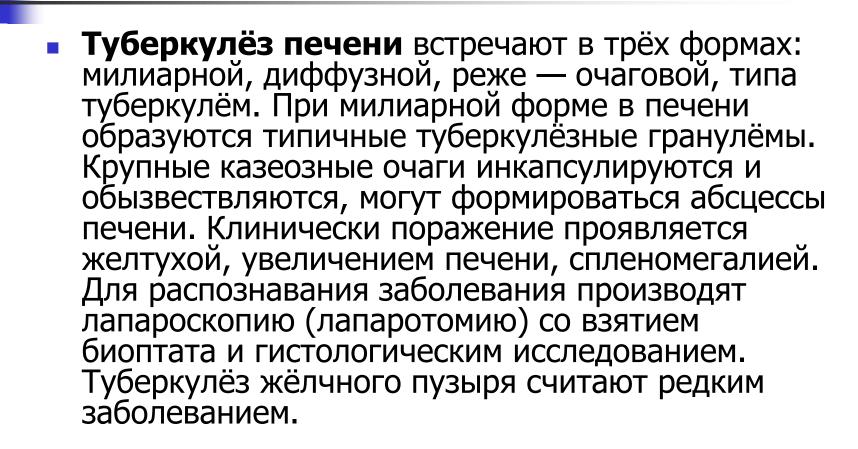
- Основные методы рентгенологическое исследование и лапароскопия.
- В группе больных активным туберкулёзом кальцинаты брюшной полости обнаруживают у 28% пациентов, в группе затихающего - у 68%, в группе неактивного - у 88%. Возможно формирование кальцинатов мезентериальных лимфоузлов на разных стадиях туберкулёзного процесса и сочетание обызвествлённых лимфатических узлов с свежими поражениями.
- У больных с кальцинатами отмечают выраженный болевой синдром, который, как правило, уменьшается или исчезает после лапаротомии и удаления кальцинированных лимфатических узлов.

Туберкулёз мезентериальных лимфатических узлов. а — обызвествлённые лимфатические узлы в брыжейке ободочной кишки; б — туберкулёз лимфатических узлов в фазе инфильтрации с очаговым обсеменением брюшины





- **ДРУГИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ АБДОМИНАЛЬНОГО**ТУБЕРКУЛЁЗА
- **Туберкулёз пищевода и желудка** наблюдают сравнительно редко.
- Больные жалуются на боли за грудиной, дисфагию.
 При эзофагоскопии язвы, гиперпластические грануляции или рубцевание язв с развитием стенозов.
- Туберкулёз желудка проявляется в виде язвенной, гипертрофической (опухолевидной), фиброзно-склеротической и смешанной форм. В раннем периоде заболевания отмечают тупую боль в эпигастральной области, отрыжку воздухом, тошноту.
- Со временем может развиться пилоростеноз. Диагноз подтверждают рентгеноскопией, фиброгастроскопией с гистологическим исследованием биоптата.





- Туберкулёз селезёнки даёт скудную симптоматику. Наблюдают спленомегалию, субфебрильную температура тела, возможен асцит. В области селезёнки встречают кальцинаты.
- Туберкулёз поджелудочной железы наблюдают редко, его обычно выявляют на аутопсии. Типичных симптомов не обнаружено. Протекает как хронический панкреатит.



- Лечение
- Этиотропное
- Патогенетическое (дезинтоксикационное, гепатопротекторы, витамины, ангиопротекторы, ферменты)
- Хирургическое

- Показания к лапароскопии
- необходимость установления локализации очага и уточнения объема хирургического вмешательства, для получения биоптатов или аспиратов из брюшной полости
- Противопоказания к лапароскопии:
- обширные спайки брюшной полости;
- тяжелые сопутствующие заболевания сердечнососудистой системы, органов дыхания в стадии декомпенсации, острая почечно-печеночная недостаточность и др.
- Возможные осложнения при проведении лапароскопии: кровотечение, ранение кишки, попадание воздуха в предбрюшинную клетчатку.

- Хирургическое вмешательство показано при распространенном и осложненном течении АТ в экстренном или плановом порядке в зависимости от тяжести осложнения.
- Больные перитонитом, прободными или кровоточащими язвами желудочно-кишечного тракта, при острой кишечной непроходимости – подлежат экстренным операциям в объеме: лапаротомия, устранение очага деструкции, санация брюшной полости, дренирование.

- Однако, как правило, эти операции производятся в стационарах общей лечебной сети по хирургическим правилам.
- Чаще всего проводятся хирургические вмешательства: резекция кишки, илеостомия и колостомия, гемиколэктомия.
- Гистологическое заключение о наличии туберкулеза в удаленном препарате практически всегда является неожиданным

- Летальность после всех видов хирургических операций составляет 7,1 %, основная причина перитонит, массивная кровопотеря.
- Плановые хирургические вмешательства производятся при псевдоопухолевых поражениях или кальцинатах мезентериальных лимфатических узлов. Объем операции: резекция зоны поражения, удаление пораженных специфическим процессом лимфатических узлов, санация, дренирование брюшной полости.
 Послеоперационный период проводится на фоне интенсивной химиотерапии.

- Показания к оперативному лечению кальцинатов брюшной полости:
- Боли в животе, не купируются антибактериальными и обезболивающими препаратами
- Технические трудности во время операции связаны с расположением кальцинатов в брыжейке тонкой кишки с выраженными сращениями с сосудами.
- У всех оперированных больных боли в животе исчезают, что объясняется устранением давления кальцинированных лимфатических узлов на нервные стволы.



