

# Тяжелое поражение кишечника при генерализованных формах туберкулеза

Т.Г. Ивашкина<sup>1</sup>, И.И. Данциг<sup>1</sup>, А.В. Лодыгин<sup>1</sup>,  
Д.А. Ефанов<sup>1</sup>, Б.М. Ариэль<sup>2</sup>, В.А. Цинзерлинг<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Дорожная клиническая больница, Санкт-Петербург;

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

**Введение.** Абдоминальный туберкулез (АБТ) сохраняет свою актуальность в последнее десятилетие. Сложности его выявления, неоднозначность клинических и морфологических проявлений являются причинами поздней его диагностики.

**Цель.** Акцентировать внимание практических врачей на необходимости исключения АБТ у пациентов с сомнительными заболеваниями брюшной полости.

**Материалы и методы.** Два случая морфологически подтвержденного туберкулеза кишечника (ТК) у пациентов с ВИЧ-инфекцией в стадии СПИДа и без нее.

**Результаты исследования.** Наиболее частой локализацией АБТ является илеоцекальная область с клиническими проявлениями в виде абдоминальных болей, лихорадки, тошноты, похудения, симптомами мальабсорбции. Неспецифичность симптомов, особенно на фоне генерализованных форм ВИЧ-инфекции, приводит к поздней диагностике, развитию тяжелых осложнений и высокой смертности. Часто биопсия абдоминальных лимфоузлов (л/у) является единственной возможностью постановки диагноза.

Пациентка 80 лет, с двухлетним анамнезом абдоминальных болей разлитого характера, без патологии толстой кишки (по данным колоноскопии). Только при прогрессировании заболевания по результатам СКТ брюшной полости был заподозрен инфильтрат в слепой кишке. Эндоскопическая биопсия из этой области выявила язвенный гранулематозный гигантоклеточный колит, что послужило причиной ошибочно диагностированной болезни Крона и лечения салофальком и преднизолоном. Через месяц из-за нарастания интоксикации и подозрения на «острый живот» пациентке проведена лапаротомия с правосторонней гемиколонэктомией. Из-за массивного внутрибрюшного кровотечения после релапаротомии через сутки наступила смерть больной. Только при изучении секционного материала диагноз болезни Крона был изменен на туберкулезный илеотифлит (лимфогенный туберкулез тонкой и толстой кишки), поражение печени и легких. Морфологически в подслизистом слое кишки имелись субмилиарные туберкулезные

бугорки с некрозом, с большим количеством кислотоустойчивых бактерий (КУБ) в виде скоплений типа микроколоний.

Другой случай: пациент 39 лет, ранее наркозависимый, с клиническими проявлениями интоксикации, одышкой, диспепсиями, болями в животе, с сомнительными симптомами раздражения брюшины, с очаговыми изменениями в обоих легких, лимфоаденопатией средостения. Клинически не исключались туберкулез легких и ВИЧ-инфекция. В течение 3 сут антибактериальная, дезинтоксикационная, инотропная терапия была неэффективна, нарастали болевой синдром в правой подвздошной области, лейкоцитоз, интоксикация. Только на 5-е сут после появления признаков разлитого перитонита пациент согласился на операцию. При лапаротомии по поводу перфоративных язв в терминальном отделе подвздошной кишки произведена резекция 80 см подвздошной кишки и илеоцекального угла. Через 2 сут пациент скончался из-за нарастания полиорганной недостаточности. По результатам анализа крови (ИФА и иммуноблот) после смерти больного подтверждено наличие ВИЧ-инфекции. В резецированной кишке выявлены туберкулезный язвенный перфоративный илеотифлит, туберкулезный лимфаденит. Морфологически в легких — множественные туберкулезные бугорки с казеозным некрозом, с гигантскими клетками Лангханса. При окраске по Цилю–Нельсену КУБ выявлены не были. В кишечнике — туберкулезный колит с распространением специфической воспалительной инфильтрации на подслизистый и мышечный слои.

**Выводы.** Трудности прижизненной диагностики представленных случаев обусловлены полиорганным поражением туберкулезным процессом у иммунологически ослабленных пациентов (в силу возраста или тяжелого фонового заболевания). Следует обратить внимание на возможное отсутствие МБТ у иммуносупрессивных больных. При этом отмечается зависимость степени выраженности гистологической картины от степени иммуносупрессии: чем она выше, тем меньше клеточная реакция и тем больше количество МБТ.