

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Поддубная Л.В.¹, Зырянова Т.В.¹, Петренко Т.И.², Кононенко В.Г.¹, Колпакова Т.А.¹, Жукова Е.М.²

¹ ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России Новосибирский медицинский университет Минздрава России (г. Новосибирск, Россия)

² ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России (г. Новосибирск, Россия)

ABDOMINAL TUBERCULOSIS IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

Poddubnaya L.V.¹, Zyryanova T.V.¹, Petrenko T.I.², Kononenko V.G.¹, Kolpakova T.A.¹, Zhukova E.M.²

¹ FSBEI Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation (Novosibirsk, Russia)

² FSBI Novosibirsk Tuberculosis Research Institute of Ministry of Health of the Russian Federation (Novosibirsk, Russia)

Для цитирования: Поддубная Л.В., Зырянова Т.В., Петренко Т.И., Кононенко В.Г., Колпакова Т.А., Жукова Е.М. Туберкулез органов брюшной полости у больных туберкулезом легких. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;153(5): 38–43.

For citation: Poddubnaya L.V., Zyryanova T.V., Petrenko T.I., Kononenko V.G., Kolpakova T.A., Zhukova E.M. Abdominal tuberculosis in pulmonary tuberculosis patients. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;153(5): 38–43.

Петренко Татьяна Игоревна

Petrenko Tatyana I.

tpetrenko@nsk-niit.ru

Поддубная Л.В. — д.м.н., доцент, заведующая кафедрой фтизиопульмонологии Новосибирского государственного медицинского университета

Зырянова Т.В. — к.м.н., доцент кафедры фтизиопульмонологии Новосибирского государственного медицинского университета

Петренко Т.И. — д.м.н., главный научный сотрудник Новосибирского НИИ туберкулеза

Кононенко В.Г. — д.м.н., профессор кафедры фтизиопульмонологии Новосибирского государственного медицинского университета

Колпакова Т.А. — д.м.н., профессор кафедры туберкулеза ФПК и ППВ Новосибирского государственного медицинского университета

Жукова Е.М. — д.м.н., ведущий научный сотрудник Новосибирского НИИ туберкулеза

Poddubnaya L.V. — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of Phthisiopulmonology Department at Novosibirsk State Medical University

Zyryanova T.V. — Candidate of Medical Science, assistant professor of phthisiopulmonology chair at Novosibirsk State Medical University

Petrenko T.I. — Doctor of Medical Sciences, Chief Researcher of Novosibirsk Tuberculosis Research Institute.

Kononenko V.G. — Doctor of Medical Sciences, professor of phthisiopulmonology chair at Novosibirsk State Medical University

Kolpakova T.A. — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor at FPK and PPS Tuberculosis Control Department at Novosibirsk State Medical University

Zhukova E.M. — Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher of Novosibirsk Tuberculosis Research Institute

Резюме

Цель исследования. Определить частоту и структуру поражения туберкулезом органов брюшной полости у больных туберкулезом органов дыхания в период неблагополучной эпидемической ситуации (2006–2008 гг.) и в период снижения общей заболеваемости туберкулезом (2015–2017 гг.). Проанализированы истории болезни пациентов с туберкулезом легких и органов брюшной полости, лечившихся в туберкулезном стационаре в 2006–2008 гг. и 2015–2017 гг.

Несмотря на улучшение эпидемической ситуации, обусловленной снижением общей заболеваемости, доля больных туберкулезом легких с абдоминальным туберкулезом, лечившихся в туберкулезном стационаре, увеличилась почти в 2 раза ($3,5 \pm 0,6\%$ и $1,95 \pm 0,3\%$). Развитие абдоминального туберкулеза является результатом генерализации туберкулезной инфекции, что в 2015–2017 гг. регистрируется чаще, чем в 2006–2008 гг. ($75,9 \pm 7,9\%$ и $20,5 \pm 6,1\%$, $p=0,00001$, ТТФ) и реже ассоциируется с распространенным деструктивным туберкулезным процессом легочной ткани ($27,4\%$ и $81,8\%$, $p=0,00001$, ТТФ). Обнаружение МБТ при исследовании кала значительно увеличивает возможность диагностики туберкулеза кишечника (особенно у пациентов без клинических симптомов туберкулеза органов брюшной полости).

Ключевые слова: абдоминальный туберкулёз (АТ), туберкулез кишечника, туберкулез мезентериальных лимфоузлов, диссеминированный туберкулез легких, ВИЧ-инфекция, группы риска, диагностика абдоминального туберкулеза

Summary

The goal of the study is determining of the prevalence and morbidity of tuberculosis (TB) lesions in organs of abdominal cavity in pulmonary TB patients during the period of unfavorable epidemic situation (2006–2008 years) and the period of reduction in TB incidence (2015–2017 years). Clinical records of patients with combined pulmonary and abdominal tuberculosis that underwent treatment in TB hospital during the periods of 2006–2008 and 2015–2017 years were analyzed.

Despite a reduction in overall TB incidence from 2006–2008 to 2015–2017 years, the proportion of pulmonary TB patients with abdominal tuberculosis, treated in TB hospital, increased for this period almost twice ($1,95 \pm 0,3\%$ vs $3,5 \pm 0,6\%$). Abdominal tuberculosis is the result of generalization of TB. Abdominal TB was registered more often in 2015–2017 than in 2006–2008 ($75,9 \pm 7,9\%$ vs $20,5 \pm 6,1\%$, $p=0,00001$, Fischer exact test) and was less frequently associated with lung tissue destruction (27,4 and 81,8%, respectively, $p=0,00001$, Fischer exact test). Detection of *Mycobacterium tuberculosis* in feces increase significantly an efficiency of diagnosis of TB colitis (especially in patients without clinical intestinal symptoms).

Key words: abdominal tuberculosis, intestinal tuberculosis, mesenterial lymph node tuberculosis, disseminated pulmonary tuberculosis, HIV-infection, risk groups, diagnosis of abdominal tuberculosis

Введение

Туберкулез всегда был и остается актуальной проблемой, так как является универсальным заболеванием, поражает любые органы и системы, чаще имеет торпидное течение, причем выраженная симптоматика часто свидетельствует о позднем выявлении заболевания. Характерно бессимптомное или малосимптомное начало заболевания, в результате больные туберкулезом могут длительное время не обращаться за медицинской помощью. Этот факт учитывается экспертами ВОЗ, которые в ежегодном докладе о туберкулезе в мире дают лишь оценочные приблизительные цифры о вновь заболевших за год. Так, в Global Tuberculosis Report 2017 отмечено, что 10,4 миллиона человек в 2016 году заболели туберкулезом, из них 90% – взрослые, 65% – мужчины, 10% – люди, живущие с ВИЧ. Всего в 2016 году в мире было выявлено 6309134 новых случаев туберкулеза и рецидивов, из них 15% пришлось на внелегочные формы [1].

В структуре туберкулеза чаще диагностируют поражение органов дыхания, туберкулез внелегочных локализаций в России в 2016 году составил 3% [2], а в СФО – 3,3% [3]. Случаи сочетания внелегочного и легочного туберкулеза в статистических формах относят к туберкулезу легких, поэтому точное число их неизвестно, но для клиницистов представляется значимым, поскольку «...на практике стандартной противотуберкулезной химиотерапии не всегда достаточно и необходим специальный комплекс патогенетических мероприятий, чтобы компенсировать осложнения процессов» [4].

Абдоминальный туберкулез (АТ) – специфическое поражение органов пищеварения, брюшины, лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства. Еще в начале 2004–2006 гг. был отмечен рост заболеваемости внелегочным туберкулезом и ожидали ее дальнейший рост [5]. Уже в этот период авторы отмечали увеличение до 45% количества пациентов с мультифокальной локализацией туберкулезного процесса у впервые выявленных больных внелегочным туберкулезом, включая и поражения органов брюшной полости [6]. Особенностью современной эпидемической обстановки по туберкулезу является рост случаев сочетанного заболевания ВИЧ-инфекции

и туберкулез. При прогрессирующей ВИЧ-инфекции со снижением уровня CD4-лимфоцитов развивается преимущественно гематогенная генерализация туберкулеза, что приводит к нарастанию удельного веса внелегочных локализаций. В структуре внелегочных локализаций при гематогенно – генерализованном туберкулезе преобладает поражение лимфатической системы: мезентериальных лимфатических узлов, периферических лимфоузлов, селезенки [7]. Среди внелегочных локализаций туберкулеза доля больных АТ составляет от 2 до 6%, что не позволяет рассматривать локализацию туберкулезного процесса в брюшной полости редкой [8]. АТ не имеет патогномоничных симптомов, поэтому основная масса больных туберкулезом органов брюшной полости обследуется в общей лечебной сети под всевозможными диагнозами. За последние годы отмечено увеличение числа больных, госпитализируемых с генерализованными и запущенными формами АТ [9], а также с осложнениями, развивающимися после хирургических вмешательств, проведенных в общей лечебной сети [10]. Увеличение числа больных туберкулезом легких с поражением других органов и систем [11] диктует необходимость своевременного выявления внелегочного туберкулеза [12], ибо на фоне манифестных симптомов поражения бронхолегочной системы внелегочный туберкулез нередко остается не диагностированным.

Абдоминальный туберкулез (АТ) – 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. Клиническая картина АТ полиморфна, патогномоничные симптомы 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 не диагностированным. Развивается главным образом при распространении микобактерий туберкулеза (МБТ) из очагов первичной инфекции лимфогенным, гематогенным, контактным

путем. В патогенезе большое значение в качестве источника лимфогенной диссеминации имеют мезентериальные лимфатические узлы. Поражаясь в период первичной инфекции, они в последующем сами могут становиться источником диссеминации. В последние годы патогенез развития АТ чаще связывают с лимфогематогенной генерализацией туберкулезной инфекции у лиц с прогрессирующей ВИЧ-инфекцией [7]. Туберкулезный процесс в органах брюшной полости чаще всего локализуется в кишечнике, брюшине и брыжеечных лимфатических узлах. Изолированное поражение одного органа встречается достаточно редко.

Туберкулез мезентериальных лимфатических узлов (туберкулезный мезаденит) проявляется общими симптомами интоксикации и местными локальными симптомами. Почти всегда наблюдаются диспепсические расстройства: снижение аппетита, периодическая тошнота, рвота и неустойчивый стул. Осложнениями мезаденита могут быть: расплавление казеозных лимфоузлов с образованием холодных абсцессов, тяжелого туберкулезного перитонита. В развитии туберкулеза кишечника значительную роль играют неспецифические заболевания желудочно-кишечного тракта, неблагоприятные условия жизни, неполноценность и нерегулярность питания, функциональные и вегетоэндокринные нарушения [13]. Туберкулез кишечника встречается в трех формах: язвенной, гипертрофической, язвенно-гипертрофической. Туберкулезные бугорки образуются

под эпителиальным покровом слизистой оболочки кишки. При прогрессировании бугорки подвергаются казеозному распаду, в процесс вовлекается поверхностный слой слизистой оболочки: что приводит к прорыву в просвет кишки казеозно-некротических масс. Туберкулез кишечника, как правило, развивается медленно с постепенным нарастанием симптомов интоксикации, диспепсических расстройств. Неустойчивый стул (до 2–4 раз в сутки) и вздутие живота – характерные симптомы туберкулеза кишечника. Гной, слизь и кровь в кале обнаруживают редко. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный вокруг пупка и в правой подвздошной области, при этом нередко пальпация вызывает негромкое урчание в илеоцекальной области. В большинстве случаев имеет волнообразный характер с периодами обострений и ремиссий. Осложнениями туберкулеза кишечника могут быть: кишечная непроходимость, перфорация язвы, кровотечения, перитонит. Туберкулез брюшины имеет две формы – экссудативную и слипчивую. В раннем периоде заболевания его трудно диагностировать из-за скудности симптоматики, а в позднем – из-за многообразия клинических проявлений [13].

Цель исследования – определить частоту и структуру поражения туберкулезом органов брюшной полости у больных туберкулезом органов дыхания в период неблагополучной эпидемической ситуации (2006–2008 гг.) и в период снижения общей заболеваемости туберкулезом (2015–2017 гг.).

Материалы и методы

Проанализированы истории болезни пациентов с туберкулезом легких и органов брюшной полости, лечившихся в туберкулезной больнице № 2 г. Новосибирска в 2006–2008 гг. и 2015–2017 гг. Анализ показателей заболеваемости туберкулезом населения Новосибирской области позволил отметить, что в период 2006–2008 гг. эпидемиологическая ситуация по туберкулезу характеризовалась высоким ее показателем (137,6–136,6 на 100 тыс.), в течение последних 3 лет (2015–2017 гг.) отмечено снижение заболеваемости до 105,5–96,5 на 100 тыс. населения. За период (2006–2008 гг.) в туберкулезной больнице № 2 г. Новосибирска было пролечено 2255 больных туберкулезом легких, из них у 44 (1,95±0,3%) пациентов был диагностирован туберкулез органов брюшной полости. В период 2015–2017 гг. АТ установлен у 29 из 837 (3,5±0,6%) наблюдавшихся пациентов с туберкулезом легких. Таким образом, несмотря на улучшение эпидемической ситуации,

обусловленной снижением общей заболеваемости, доля больных туберкулезом легких в сочетании с туберкулезом органов брюшной полости, лечившихся в туберкулезном стационаре, увеличилась почти в 2 раза, $p=0,01$, χ^2 . Нами проанализированы 73 случая специфического поражения органов брюшной полости у больных туберкулезом легких. Изучены данные анамнеза, клинические, рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические, лабораторные методы исследования, включающие определение микобактерий туберкулеза в мокроте методами простой бактериоскопии, люминесцентной микроскопии и посева, определение лекарственной устойчивости возбудителя, исследование кала на кислотоустойчивые микобактерии методом простой бактериоскопии, анализ кала на скрытую кровь. Сравнение данных проводилось с использованием критерия χ^2 Пирсона, точного теста Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты

Среди исследуемых пациентов преобладали мужчины ($n=56$), женщины составили 1/5 часть ($n=17$). При этом среди больных, выявленных в период неблагополучной эпидемической ситуации и в период ее улучшения, соотношение мужчин и женщин не изменилось (36 из 44 и 20 из 29 соответственно, $p=0,16$, ТТФ). Следует отметить,

что в 2006–2008 годы наблюдавшиеся пациенты были в возрасте от 24 до 85 лет, средний возраст составил 40 лет. А в период 2015–2017 гг. больные были в возрасте от 21 до 47 лет, средний возраст – 33,8 года. Важно отметить, в 2015–2017 гг. все пациенты с абдоминальным туберкулезом ($n=29$) были ВИЧ-инфицированные, у всех ВИЧ-инфекция была

в фазе прогрессирования. Врачом-инфекционистом центра СПИД установлена стадия вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции: у 3 (10%) – IVA, у 12 (41,4%) – IVB и у 14 (48,3%) – IVB. До госпитализации только 8 пациентов наблюдались в областном центре СПИД и получали АРВТ, из них 7 – не более месяца. Средний уровень CD4-лимфоцитов составил $204,6 \pm 37,2$ кл/мкл, а у 13 пациентов уровень CD4-лимфоцитов не превышал 100 кл/мкл.

АТ был установлен в период лечения в туберкулезной больнице по поводу туберкулеза легких ($n=73$), из них у 14 пациентов – с поражением ЦНС (менингоэнцефалит), у 45 констатирован летальный исход. Туберкулез органов брюшной полости осложнился перитонитом – 18 случаев, асцитом – у 4 пациентов, кишечным кровотечением – у 1 больного. При анализе клинического и патологоанатомического исследований установлена локализация поражений АТ: кишечник – у 35 человек, мезентериальные лимфатические узлы – у 12, брыжейка – у 13, печень – у 8, селезенка – у 14 пациентов.

Из анамнеза установлено, что половина больных страдала неспецифическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Туберкулез органов брюшной полости у 46 пациентов ($63 \pm 5,6\%$), лечившихся в туберкулезной больнице, был заподозрен по жалобам на периодические боли в животе, неустойчивый стул, снижение аппетита, которые беспокоили пациентов длительное время (от 1 до 12 мес.). При контрастном рентгенологическом исследовании кишечника спастические дефекты наполнения, неровность контуров кишки, мелко- и среднезернистый рельеф ее слизистой, утолщение продольных складок подвздошной кишки были выявлены у 8 больных. При проведении УЗИ органов брюшной полости обнаружено увеличение брыжеечных лимфатических узлов у 3 пациентов. У 2 больных бугорки и язвы в толстом кишечнике выявлены при ректороманоскопии. При ФГДС язвы в желудке и кишечнике отмечены у 2 больных. У 23 пациентов (31,5%) туберкулез кишечника был диагностирован через $5,3 \pm 1,5$ недель лечения на основе развившихся осложнений (перитонит – 18, асцит – 4, кишечное кровотечение – 1). При исследовании кала на МБТ методом микроскопии получен положительный результат у 35 больных ($47,9 \pm 5,8\%$). У 27 ($36,9 \pm 5,6\%$) пациентов отмечено бессимптомное течение АТ, при этом у 13 из них при микроскопии кала определены МБТ, а у 14 ($19,2 \pm 4,7\%$) поражение органов брюшной полости (печень, селезенка) установлено только при проведении аутопсии. Таким образом, учет клинических симптомов поражения со стороны органов желудочно-кишечного тракта у больных с туберкулезом легких требует обязательного исключения туберкулезного поражения органов брюшной полости. Исследование кала на МБТ методом микроскопии увеличивает возможность диагностики туберкулеза кишечника у каждого второго пациента (47,9%).

Лечение пациентов проводилось назначением щадящей высокобелковой диеты, индивидуальным подбором химиопрепаратов и симптоматических средств. Прооперировано по поводу туберкулеза органов брюшной полости и его осложнений 9 больных, туберкулезная этиология заболевания

была подтверждена гистоморфологическими исследованиями оперативного материала. Улучшение общего состояния, положительная рентгенологическая динамика в легких констатированы у 28 пациентов (38,3%) на фоне лечения. У остальных 45 больных (61,7%) наблюдали прогрессирование процесса в легких, нарастающую туберкулезную интоксикацию с развитием легочно-сердечной недостаточности, что явилось причиной летального исхода у этих пациентов. Летальный исход констатирован в среднем через $29,3 \pm 0,7$ дней после поступления в стационар. При патологоанатомическом исследовании установлена язвенная и язвенно-гипертрофическая форма туберкулеза кишечника в 15 случаях, гипертрофическая – у 8. Туберкулез кишечника сочетался с туберкулезом брюшины у 8 больных, с туберкулезом брыжеечных лимфатических узлов у 5 пациентов. Поражение печени ($n=8$) и селезенки ($n=14$) установлено впервые при патологоанатомическом исследовании в виде участков казеозного некроза. Данные гистологического исследования операционного материала и патологоанатомического вскрытия позволили подтвердить, что специфический процесс, как в кишечнике, так и в легочной ткани характеризовался преобладанием экссудативно-некротического воспаления.

При патологоанатомическом исследовании туберкулез органов брюшной полости в 23 случаях был подтвержден и впервые установлен у 22 умерших пациентов. Трудность выявления АТ у наблюдавшихся больных связана с тем, что поражение органов брюшной полости являлось второй локализацией у страдающих туберкулезом легких: от 1 мес. до 2 лет при впервые выявленных процессах – в 83,5% случаев ($n=61$); от 1 года до 12 лет при обострениях и рецидивах – в 16,5% ($n=12$).

У 44 из 73 пациентов (60,3%) туберкулезный процесс характеризовался распадом легочной ткани, у 46 из 73 (76,7%) – бактериовыделением, что было установлено при бактериоскопии и посеве на питательные среды.

Структура клинических форм туберкулеза легких у наблюдавшихся пациентов представлена в таблице 1. Как видно, у пациентов, лечившихся в первый анализируемый период (2006–2008 гг.), поражение органов брюшной полости регистрировали преимущественно у 36 ($81,8 \pm 5,8\%$) больных с распространенным деструктивным процессом в легочной ткани: при казеозной пневмонии – $45,5 \pm 7,5\%$ ($n=20$), инфильтративной форме с распадом легочной ткани $13,6 \pm 5,2\%$ ($n=6$), деструктивной диссеминированной $18,2 \pm 5,8\%$ ($n=8$) и фиброзно-кавернозной формах – $22,7 \pm 6,3\%$ ($n=10$). У пациентов, наблюдавшихся в 2015–2017 гг., поражение органов брюшной полости диагностировали в основном у ВИЧ-инфицированных больных с диссеминированным туберкулезом легких ($48,3 \pm 9,3\%$, $n=14$) и туберкулезным менингитом ($48,3 \pm 9,3\%$, $n=14$). Распад легочной ткани отмечен только у каждого четвертого больного ($27,4 \pm 8,3\%$ – 8 из 29 пациентов), бактериовыделение – у половины ($48,3 \pm 9,3\%$ – 14 из 29 больных).

Выделение микобактерий туберкулеза из мокроты (МБТ+) установлено у большинства больных,

Таблица
Структура клинических форм туберкулеза легких (ТЛ) у пациентов сравниваемых групп

Клинические формы ТЛ	Всего, n=59		Периоды наблюдения (годы)			
	Абс.	%	2006–2008		2015–2017	
Диссеминированный ТЛ	22	30,1	8	18,2±5,8	14	48,3±9,3
Инфильтративный ТЛ	7	9,6	6	13,6±5,2	1	3,4±3,3
Казеозная пневмония	20	27,4	20	45,5±7,5	0	0
Фиброзно-кавернозный ТЛ	10	13,7	10	22,7±6,3	0	0
Менингоэнцефалит	14	19,2	0	0	14	48,3±9,3
Итого	73	100	44	100	29	100

лечившихся в первый анализируемый период (2006–2008 гг.), методом простой (по Цилю-Нельсону) и люминесцентной микроскопии (95,6% – 42 из 44 пациентов), а также культуральным методом (86,4%). Обнаруженное у 15 больных с казеозной пневмонией поражение только кишечника не позволяет исключить спутогенный путь развития туберкулезной инфекции.

Важно отметить, что кроме поражения легких и органов брюшной полости у 31 пациента (42,5%) был диагностирован туберкулез и других локализаций. Так, в 2006–2008 гг. у каждого пятого (20,5±6,1% – 9 из 44 пациентов) отмечено поражение еще одного из указанных органов:

гортани (n=4), плевры (n=1), мочеполовой системы (n=2), надгортанника (n=1), глотки (n=1). В 2015–2017 гг. у большинства наблюдаемых пациентов (75,9±7,9% – 22 из 29 больных) отмечали: поражение менингеальных оболочек (n=16), костей и суставов (n=3), туберкулез почек (n=1), периферических лимфатических узлов (n=2), что указывало на преобладание гематогенной генерализации туберкулеза. Таким образом, развитие АТ является результатом генерализации туберкулезной инфекции (гематогенного ее прогрессирования), в последние годы такое течение туберкулеза стало регистрироваться чаще (75,9±7,9% и 20,5±6,1%, $p=0,00001$, ТТФ).

Заключение

Ретроспективный анализ клинико-лабораторных и патологоанатомических исследований позволил нам выделить 2 группы риска по развитию АТ. Первую группу составили пациенты с интоксикационным синдромом, с распространенным деструктивным процессом в легких, и клиническими симптомами поражения желудочно-кишечного тракта. Вторую группу – ВИЧ-инфицированные с диссеминированным туберкулезом легких, не предъявляющие жалоб на поражение со стороны органов брюшной полости.

Прижизненная диагностика АТ требует комплексного обследования и основывается прежде всего на данных эпидемического анамнеза (наличие контакта пациента с больным туберкулезом в прошлом).

1. Клиническая диагностика: относится ли пациент к группе риска по туберкулезу? имеются ли характерные клинические признаки (болевой синдром, нарушения стула, кишечные кровотечения, асцит, объемные образования в брюшной полости)? каковы результаты пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (скрининг туберкулезной инфекции)?
2. Стандартные методы обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки (выявление туберкулеза органов дыхания);

люминесцентная микроскопия и посев мокроты, промывных вод бронхов и каловых масс с целью обнаружения МБТ; клинический и биохимический анализ крови (выявление анемии, гипопроteinемии, лейкоцитоза).

3. Специальные методы обследования: обзорная рентгенография органов брюшной полости; УЗИ, МСКТ органов брюшной полости; исследование пассажа контрастного вещества по кишечнику; ирригоскопия; фиброколоноскопия; диагностическая лапароскопия, лапаротомия (в зависимости от конкретной предполагаемой локализации АТ).

Ведущими критериями при установлении диагноза АТ являются лабораторные и патоморфологические методы:

- Выявление туберкулезной гранулемы (казеозный некроз, клетки Пирогова-Лангханса, окруженные валом гигантских эпителиоидных клеток);
- Выявление МБТ в тканях и асцитической жидкости (методами молекулярно-генетическим, бактериоскопии по Цилю-Нельсону, люминесцентной микроскопии, посева на плотные или жидкие питательные среды).

Выводы

1. Несмотря на улучшение эпидемической ситуации, обусловленное снижением общей заболеваемости, доля больных туберкулезом легких с абдоминальным туберкулезом, лечившихся в туберкулезном стационаре, увеличилась почти в 2 раза (3,5±0,6% и 1,95±0,3%, $p=0,01$, c^2).
2. В последние годы (2015–2017 гг.) развитие абдоминального туберкулеза практически всегда ассоциировано с ВИЧ-инфицированием и связано очевидно с гематогенной диссеминацией. Множественные локализации туберкулеза, свидетельствующие о генерализации инфекционного

- процесса, стали регистрироваться чаще, чем в 2006–2008 ($75,9 \pm 7,9\%$ и $20,5 \pm 6,1\%$, $p=0,00001$, ТТФ).
- В 2015–2017 гг. туберкулез органов брюшной полости значительно реже ассоциирован с распространенным деструктивным туберкулезным процессом легочной ткани ($27,4\%$ и $81,8\%$, $p=0,00001$, ТТФ).
 - Наличие клинических симптомов со стороны органов желудочно-кишечного тракта и выделение

- МБТ при исследовании кала увеличивает возможность диагностики туберкулеза кишечника.
- Туберкулез органов брюшной полости у каждого третьего больного ВИЧ-инфекцией и диссеминированным туберкулезом легких диагностируется при патологоанатомическом вскрытии.
 - Прижизненная диагностика абдоминального туберкулеза требует комплексного обследования, включающего клиническую диагностику, стандартные и специальные методы обследования.

Литература | Reference

- Global tuberculosis report 2017. – World Health Organization. [Электронный ресурс] URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (Дата обращения 28.03.2018).
- Российский статистический ежегодник, 2016. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078 (Дата обращения 28.03.2018).
Rossiiskii statisticheskii iezegodnik, 2016. Federalnaya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078
- Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном федеральном округе / Новосибирск: ИПЦ НГМУ, 2017. – 92 с. [Электронный ресурс] URL: <http://nsk-niit.ru/ru/nauchnaya-deyatelnost/publikacii-za-2010-2012-gg/metodicheskie-rekomendacii-i-posobija/> (Дата обращения 28.03.2018).
Osnovniy pokazatel protivotuberkuloznoy deyatelnosti v Sibirskom i Dalnevostochnom federalnom okruge / Novosibirsk: IPC NGMU, 2017. – 92 s. URL: <http://nsk-niit.ru/ru/nauchnaya-deyatelnost/publikacii-za-2010-2012-gg/metodicheskie-rekomendacii-i-posobija/>
- Кульчавеня Е.В., Жукова И.И. Внелегочный туберкулез – вопросов больше, чем ответов. Туберкулез и болезни легких. 2017. № 2. С. 59–63.
Kulchavenia E. V., Jukova I. I. Vnelegochnii tuberkulos – voprosov bolshe, chem otvetov. Tuberkulos i bolesni legkih. 2017. N2. S.59–63.
- Советова Н.А., Савин И.Б., Мальченко О.В. и др. Современная лучевая диагностика внелегочного туберкулеза. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2006. № 11. С. 6–9.
Sovetova N. A. Savin I. B., Malchenko O. V. i dr. Sovremennaya luchevaia diagnostika vnelegochnogo tuberkulosa. Problemi tuberkulosa i bolesnei legkih. 2006. N11. S. 6–9.
- Скопин М.С., Батыров Ф.А., Корнилова З.Х. Распространенность туберкулеза органов брюшной полости и особенности его выявления. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007. № 1. С. 22–26.
Skopin M. S. Batirov F. A. Kornilova Z. H. Rasprostranennost tuberkulosa organov bruchnoi polosti i osobennosti ego viavlenia. Problemi tuberkulosa i bolesnei legkih. 2007. N1. S. 22–26.
- Пантелеев А.М. Клиническое представление о патогенезе генерализации туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Туберкулез и болезни легких. 2015. № 2. С. 26–30.
Panteleev A. M. Klinicheskoe predstavlenie o patogenese generalisacii tuberkulosa u bolnih HIV-infekciei. Tuberkulos i bolesni legkih. 2015. N2. S.26–30.
- Левашов Ю.Н., Мушкин А.Ю., Гришко А.Н. Внелегочный туберкулез в России: официальная статистика и реальность. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2006. № 11. С. 3–6.
Levashov Yu. N., Mushkin A. Yu., Grishko A. N. Vnelegochnii tuberkulos v Rossii: oficialnaia statistika i realnost. Problemi tuberkulosa i bolesnei legkih. 2006. N11. S. 3–6.
- Киселевич О.К., Балашова Н.А., Юсубова А.Н., Ширшов И.В. Туберкулез множественных локализаций у детей раннего возраста. Туберкулез и болезни легких. 2015. № 6. С. 76.
Kiselevich O. K., Balashova N. A., Iusubova A. N., Shirshov I. V. Tuberkulos mnogestvennih lokalisacii u detei rannego vostrasta. Tuberkulos i bolesni legkih. 2015. N6. S.76.
- Гусейнов А.Г., Гусейнов Г.К. Атипично текущий туберкулезный мезаденит у пациента с ВИЧ-инфекцией, наркоманией и гепатитом С. Туберкулез и болезни легких. 2015. № 11. С. 52–55.
Guseinov A. G., Guseinov G. K. Atipichno tekuchii tuberkuloznii mezadenit u pacienta s HIV-infekciei, narromaniei i gepatitom S. Tuberkulos i bolesni legkih. 2015. N11. S.52–55.
- Холтобин Д.П., Жукова И.И., Брижатюк Е.В. и соавт. Демографические и клинические особенности урогенитального туберкулеза на современном этапе. Сибирский медицинский вестник. 2017. № 1. С. 9–15.
Holtobin D. P., Jukova I. I., Brijatiuk E. V. i soavt., Demograficheskie i klinicheskie osobennosti urogenitalnogo tuberkulosa na sovremennom etape. Sibirskii meicinskii vestnik. 2017. N1. S. 9–15.
- Барин В.С., Прохорович Н.А. Дифференциальная диагностика абдоминального туберкулеза на основе клинико-лабораторных и лапароскопических данных: Пособие для фтизиатров и хирургов. – СПб., 1997. – С. 4–6.
Barinov V. S., Prohorovich N. A. Differencialnaia diagnostika abdominalnogo tuberkulosa na osnove kliniko-laboratornih i laparoskopicheskikh dannih: Posobie dlia ftisiatrov i hirurgov. – SPb., 1997. – S.4–6.
- Перельман М.И., Богадельникова И.В. Фтизиатрия. Учебник. «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 266 с.
Perelman M. I., Bogadelnikova I. V. Ftisiatria. Uchebnik. «GEOTAR-Media», 2010. – 266 s.