

АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

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

Об абдоминальном туберкулезе следует помнить в экстренной хирургии, так как не менее 55% данных больных с клиникой острого живота, не зная о том, что они больны туберкулезом желудочно-кишечного тракта, изначально госпитализируются в стационары общесоматического хирургического профиля.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

1. Клиническая диагностика

- **Группы риска**
- **Клинические признаки (болевого синдром, нарушения стула, кишечные кровотечения, асцит, объёмные образования в брюшной полости)**

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

2. Стандартные методы обследования

- Обзорная рентгенография органов грудной клетки (выявление туберкулёза органов дыхания более чем в 90% случаев).**
- Люминесцентная микроскопия и посев мокроты, промывных вод бронхов и каловых масс с целью обнаружения МБТ.**
- Клинический и биохимический анализ крови (выявление анемии, гипопротеинемии, лейкоцитоза).**

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

3. Специальные методы обследования

- Обзорная рентгенография органов брюшной полости**
- УЗИ, КТ или МСКТ органов брюшной полости**
- Исследование пассажа контрастного вещества по кишечнику**
- Ирригоскопия**
- Фиброколоноскопия**
- Лапароскопия (диагностическая лапаротомия)**

Применяются в зависимости от конкретной предполагаемой локализации абдоминального туберкулёза.

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

- Выявление туберкулёзной гранулёмы (казеозный некроз, клетки Пирогова-Лангханса, окружённые валом гигантских эпителиоидных клеток);
- Выявление МБТ в тканях и асцитической жидкости (методами бактериоскопии по Цилю-Нильсену, люминесцентной микроскопии, ПЦР, иммуногистохимическим методом)

ГРУППЫ РИСКА

- **Хронические холециститы, аппендицит, колиты, энтероколиты.**
- **болезнь Крона.**
- **Хронические гинекологические заболевания.**
- **Хронический мезаденит.**
- **Частичная кишечная непроходимость.**
- **Опухолевидные образования в брюшной полости и малом тазу.**
- **Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.**

Возникновению и распространению абдоминального туберкулеза способствуют:

- **общее ослабление организма,**
- **неспецифические заболевания органов пищеварения, снижающие местную резистентность**
- **неполноценное и нерегулярное питание**
- **эндокринные расстройства**
- **беременность**
- **роды**
- **аборты**

Туберкулёз чаще всего поражает следующие органы брюшной полости:

Кишечник – 70%

Лимфатические узлы – 60%

Брюшина – 40%

Селезенка – 25%

Печень – 15%

Часто встречаются сочетанные туберкулёзные поражения различных органов брюшной полости.

АТ ЧАЩЕ ВСЕГО (90% СЛУЧАЕВ) СОПРОВОЖДАЕТСЯ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ, ОН ОЧЕНЬ РЕДКО ПРОТЕКАЕТ ИЗОЛИРОВАННО.

У ПАЦИЕНТОВ С АТ ЧАЩЕ ВСЕГО (СВЫШЕ 60%) ВСТРЕЧАЮТСЯ РАСПРОСТРАНЁННЫЕ АКТИВНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ:
ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ,
МИЛИАРНЫЙ,
ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ,
ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ,
КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ,
ТУБЕРКУЛЁЗ МЕДИАСТИНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

КЛАССИФИКАЦИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА

1. Туберкулёз кишечника

- Инфильтративный
- Инфильтративно-язвенный
- Рубцово-стенотический

✓ Осложнения (перфорация язв с развитием перитонита или абсцессов брюшной полости, кишечное кровотечение, рубцово-язвенные стриктуры кишки с развитием полной или частичной кишечной непроходимости).

2. Туберкулёз брюшины (туберкулёзный перитонит)

- Бугорковый
- Экссудативный
- Адгезивный (слипчивый)
- Казеозно-некротический

✓ Осложнения (спаечная кишечная непроходимость, фибринозно-гнойный перитонит, абсцесс брюшной полости).

3. Туберкулёз лимфатических узлов брюшной полости

- Активная фаза (инфильтрация, казеозный некроз)
- Неактивная фаза (рубцевание, петрификация)

✓ Осложнения (абсцесс брюшной полости или забрюшинного пространства, перитонит).

4. Туберкулёз других органов брюшной полости (селезенки, печени, желудка и пр.).

5. Сочетание туберкулёзного поражения различных органов и тканей брюшной полости.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА

Туберкулёз кишечника

Характерные клинические проявления:

- боли в животе,**
- вздутие живота,**
- диарея,**
- объёмные образования брюшной полости,**
- кишечные кровотечения,**
- сопровождающиеся симптомами туберкулёзной интоксикации (общая слабость, потливость, субфебрильная температура тела, похудание, анемия).**

ОПОРНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ КИШЕЧНИКА СЛУЖАТ:

- УЗИ или КТ органов брюшной полости (локальные инфильтраты в стенке кишки с сужением её просвета; увеличение мезентериальных лимфатических узлов).**
- Обзорная рентгенография органов брюшной полости (при подозрении на перфорацию туберкулёзных язв кишки или острую кишечную непроходимость)**
- Исследование пассажа контрастного вещества по кишечнику (при подозрении на частичную тонкокишечную непроходимость), ирригоскопия (при подозрении на стриктуры толстой кишки). Можно выявить деформацию рельефа слизистой оболочки терминального отдела подвздошной кишки, язвенные ниши, суженные участки, укорочение и деформация слепой кишки, отсутствие контрастирования терминального отдела подвздошной кишки.**
- Фиброколоноскопия (эрозии и язвы, рубцовые стриктуры) с последующим патоморфологическим и микробиологическим исследованием биопсийного материала.**
- Результаты лапароскопии (язвенные инфильтраты в стенке кишки).**
- Люминесцентная микроскопия каловых масс (выявление МБТ при отсутствии бацилловыделения их с мокротой).**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Функциональные изменения

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

Морфологические изменения

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

ТУБЕРКУЛЕЗ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Чаще является результатом распространения процесса со слепой кишки. Заболевание может протекать с образованием язв на слизистой оболочке или при хроническом гиперпластическом процессе - с образованием опухолевидных разрастаний. Со стенки отростка поражение может распространяться на брюшину, покрывающую отросток. Клинически при этом заболевании наблюдаются обычно явления, соответствующие картине хронического аппендицита.

Правильный диагноз у большинства больных ставится только при гистологическом исследовании удаленного отростка. Следует иметь в виду, что когда удаление отростка производится в пределах пораженных туберкулезом тканей, после операции нередко образуются длительно не заживающие кишечные свищи.

ТУБЕРКУЛЁЗ ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ИРРИГОСКОПИЯ)



ТУБЕРКУЛЁЗ КИШЕЧНИКА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- 1. Болезнь Крона**
- 2. Злокачественные опухоли**
- 3. Полипоз толстой кишки**
- 4. Неспецифический язвенный колит**
- 5. Острые неспецифические язвы**
- 6. Системные васкулиты**
- 7. Цитомегаловирусный энтероколит**
- 8. Саркома Капоши**
- 9. Актиномикоз**

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА

Туберкулёз брюшины.

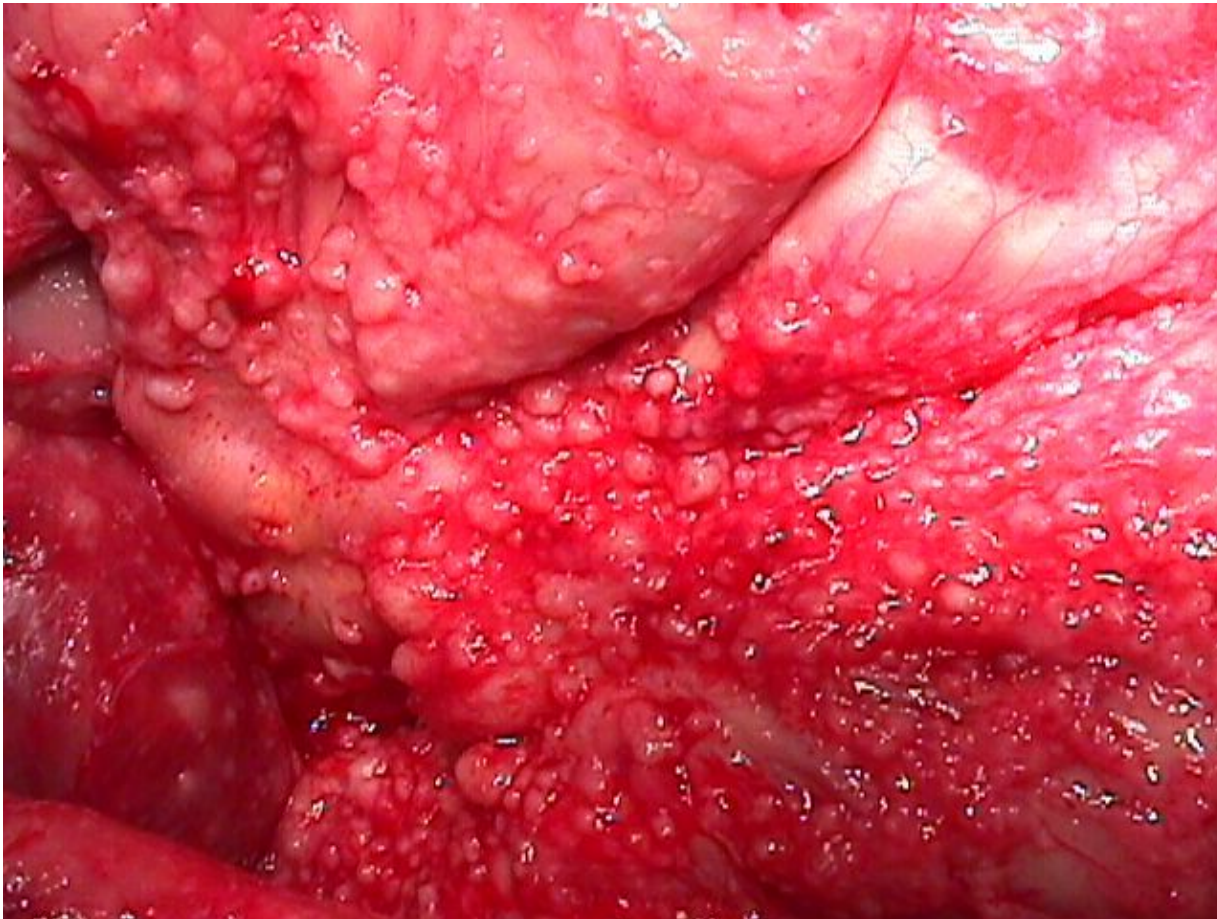
Характерные клинические проявления:

- боли в животе
- метеоризм
- асцит
- При экссудативной форме живот увеличен за счет скопившейся жидкости, при слипчивой – умеренно вздут, ассиметричен, иногда втянут.
- Напряжение передней брюшной стенки, положительные симптомы воспаления брюшины.
- сопровождающиеся симптомами туберкулёзной интоксикации.

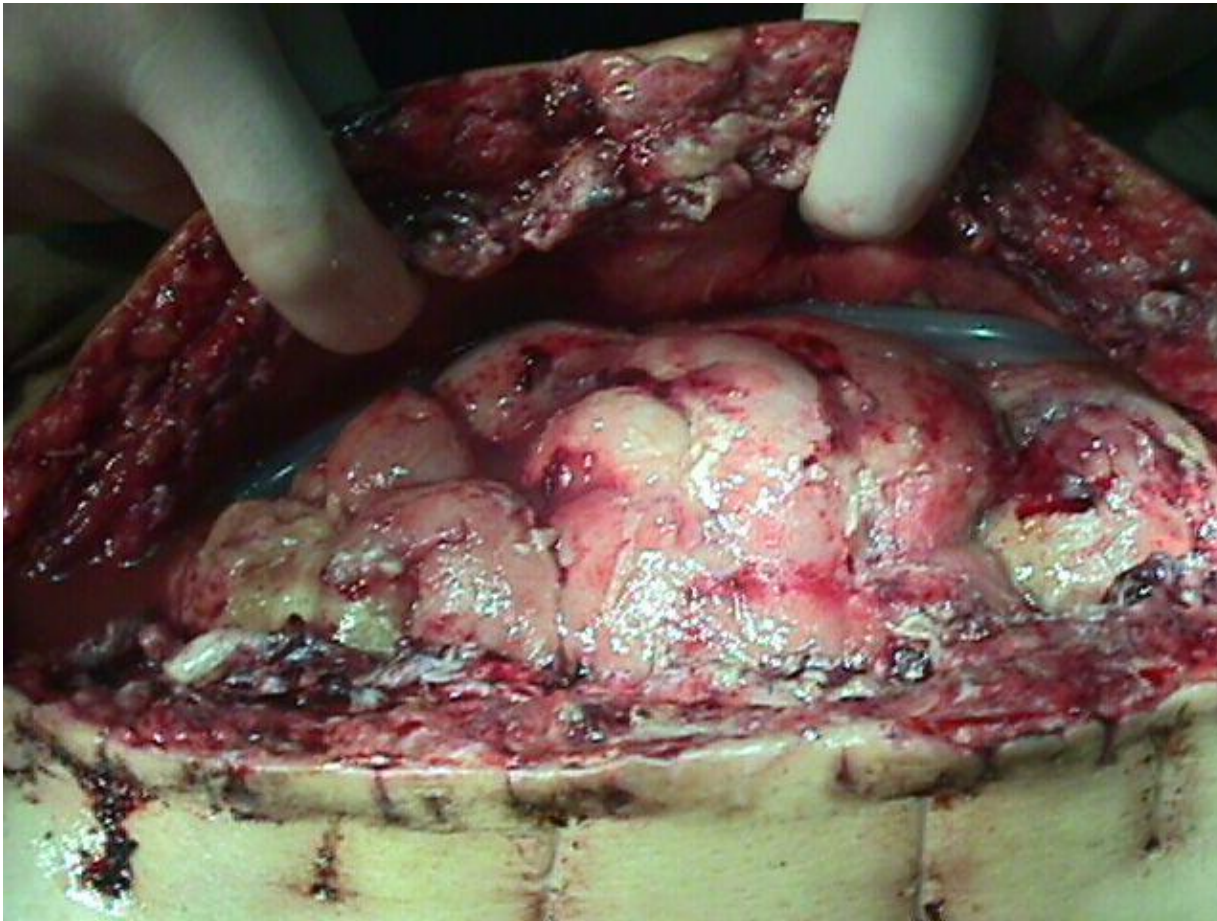
ОПОРНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ БРЮШИНЫ СЛУЖАТ:

- Результаты УЗИ или КТ органов брюшной полости (выявление свободной жидкости или отграниченных жидкостных скоплений, утолщения большого сальника);
- Результаты лапароскопии (выявление просовидных высыпаний на париетальной и висцеральной брюшине, спаек, асцитической жидкости) с последующим патоморфологическим и микробиологическим выявлением в них маркёров туберкулёзного процесса.

ТУБЕРКУЛЁЗ БРЮШИНЫ



ТУБЕРКУЛЁЗ БРЮШИНЫ (КАЗЕОЗНО-ЯЗВЕННАЯ ФОРМА)



ТУБЕРКУЛЁЗ БРЮШИНЫ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- 1. Канцероматоз брюшины**
- 2. Лимфосаркома**
- 3. Бляшки стеатонекроза при панкреонекрозе**
- 4. Спаечная болезнь**
- 5. Фибринозный перитонит неспецифической
этиологии**

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА

Туберкулёзный мезаденит

При остром течении:

- Боли в животе различной локализации, чаще в области пупка и правой подвздошной области. Продолжительность приступ болей от 2—3 ч до 2—3 сут. при этом боли настолько интенсивные, что напоминаю картину острого живота.
- Живот равномерно вздут.
- Передняя брюшная стенка участвует акте дыхания.
- Пальпация живота умеренно болезненна.
- Напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует.
- Симптомы раздражения брюшины слабopоложительны.
- Следует иметь в виду, что увеличенные лимфатические узлы могут вызвать изменения в трофике червеобразного отростка и быть причиной развития вторичного аппендицита.

Хронический туберкулезный мезаденит:

- Протекает волнообразно: периоды обострений сменяются ремиссиями.
- Боли в животе: от тупых ноющих до приступообразных типа колик. Усиливаются при ходьбе, физическом напряжении, метеоризме, а иногда после клизмы, что связано с наличием спаек в брюшной полости.
- Вздутие живота, нарастающее к концу дня и вызывающее тупые ноющие боли. Боли могут быть обусловлены давлением кальцинированных лимфатических узлов. В воспалительный процесс вовлекается брюшина (местный перитонит), что также является причиной развития болевого синдрома.

КАЛЬЦИНАТЫ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ)



ТУБЕРКУЛЁЗ ЗАБРЮШИННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ



ТУБЕРКУЛЁЗ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ (КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ)



ТУБЕРКУЛЁЗ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

- 1. Метастатическое поражение**
- 2. Лимфопролиферативные заболевания**
- 3. Неспецифический мезаденит**

ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Туберкулёз печени встречаются в трёх формах: милиарной, диффузной, реже — очаговой, типа туберкулём. При милиарной форме в печени образуются типичные туберкулёзные гранулёмы. Крупные казеозные очаги инкапсулируются и обызвествляются, могут формироваться абсцессы печени. Клинически поражение проявляется желтухой, увеличением печени, спленомегалией. Для распознавания заболевания производят лапароскопию (лапаротомию) со взятием биоптата и гистологическим исследованием, туберкулёз жёлчного пузыря считают редким заболеванием.

Туберкулёз селезёнки даёт скудную симптоматику. Наблюдают спленомегалию, субфебрильную температуру тела, возможен асцит. В области селезёнки встречаются кальцинаты.

ТУБЕРКУЛЁЗ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- 1. Метастатическое поражение**
- 2. Рак печени**
- 3. Кисты печени и селезёнки**
- 4. Лимфопролиферативные заболевания**
- 5. Саркоидоз**
- 6. Органные поражения при системных васкулитах**

ТУБЕРКУЛЁЗ СЕЛЕЗЁНКИ



ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

1. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, НАПРАВЛЕННОЕ НА ВЕРИФИКАЦИЮ ДИАГНОЗА, САНАЦИЮ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ОЧАГА И ЛИКВИДАЦИЮ ОСЛОЖНЕНИЯ;
2. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНАЯ ТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 4-5 ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ;
3. АДЕКВАТНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТ

- Этиотропная терапия включает в себя назначение противотуберкулёзных препаратов (изониазид, рифампицин / рифабутин, пиразинамид, канамицин / амикацин, фторхинолоны).
- При установленной лекарственной устойчивости МБТ противотуберкулёзные препараты назначают в соответствии с результатами антибиотикограммы.
- Интенсивная фаза противотуберкулёзной терапии составляет 90 доз, после чего осуществляется контроль эффективности лечения (УЗИ, КТ органов брюшной полости, фиброколоноскопия, лапароскопия, исследование каловых масс на МБТ методом люминесцентной микроскопии).
- По завершению интенсивной фазы при наличии положительной динамики (отсутствие характерных жалоб, уменьшение размеров и петрификация лимфатических узлов, отсутствие асцитической жидкости, язв в кишке и милиарных высыпаний на брюшине, отсутствие выделения МБТ с каловыми массами) пациент переводится в фазу продолжения лечения, которая назначается сроком до 10-12 месяцев.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТ

- Парентеральная (смеси «кабивен», «оликлиномель», «дипептивен») и энтеральная («нутриэн-элементаль», «нутризон эдванс», «пептисорб») нутритивная поддержка, дополнительное питание (смеси «нутриен-стандарт», «нутриен-фтизио», «нутризон» и др.).
- Гепатопротекторы (гептрал, эссенциале, карсил).
- Иммуномодуляторы (полиоксидоний, глутоксим, тактивин, тималин),
- витамины В1, В6, С.
- Ингибиторы желудочной секреции (омепразол, Н2-блокаторы) с целью профилактики острых эрозий и язв желудка и 12-перстной кишки.
- Коррекция анемии (препараты железа, витамин В12, эритроцитарная масса).

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АТ ВСЕМ БОЛЬНЫМ
ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
ЛАПАРОСКОПИЯ**

ОСЛОЖНЕНИЯ АТ

- **Перфорации туберкулёзных язв кишечника (53,1%)**
- **Кишечная непроходимость (32,7%)**
- **Абсцедирующий туберкулёзный мезаденит (10,3%)**
- **Кишечное кровотечение**
- **Кишечный свищ**
- **Асцит-перитонит и др. (3,6%)**

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЕ ЯЗВЫ КИШЕЧНИКА.

- Чаще всего локализуются в дистальных отделах подвздошной и в слепой кишке (80% наблюдений).**
- У больных с ВИЧ-инфекцией наиболее часто встречается тотальное язвенное поражение кишечника.**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМИ ЯЗВАМИ КИШЕЧНИКА

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ:

- 1. РЕЗЕКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ**
- 2. ПРАВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ**
- 3. УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ**

ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ КИШЕЧНИКА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ РЕЗЕКЦИЮ КИШКИ В ПРЕДЕЛАХ ЗДОРОВЫХ ТКАНЕЙ, В СЛУЧАЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ ВЫПОЛНЕНИЯ ДОПУСТИМО УШИВАНИЕ ЯЗВ.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ЯЗВАХ КИШЕЧНИКА КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ 40-80%.

ПРИЧИНЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ

- 1. Стенозирующие туберкулёзные язвы кишечника**
- 2. Спаечный процесс**
- 3. Плотные туберкулёзные кишечные конгломераты**

ОПЕРАЦИИ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

СТЕНОЗИРУЮЩИЕ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЕ ЯЗВЫ КИШЕЧНИКА:

- 1. РЕЗЕКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ**
- 2. ПРАВСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ**

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ:

РАССЕЧЕНИЕ СПАЕК

ПЛОТНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ КОНГЛОМЕРАТЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:

- 1. НАЛОЖЕНИЕ ОБХОДНОГО АНАСТОМОЗА ИЛИ ВЫВЕДЕНИЕ
ИЛЕОСТОМЫ**
- 2. РЕЗЕКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ИЛИ ПРАВСТОРОННЯЯ
ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ (ПРИ НЕБОЛЬШИХ МОБИЛЬНЫХ
КОНГЛОМЕРАТАХ)**

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ЯЗВ КИШЕЧНИКА

- При кишечных кровотечениях проводится гемостатическая и заместительная терапия, выполняется ЭГДС и фиброколоноскопия в экстренном порядке для уточнения источника кровотечения.**
- При продолжающемся и рецидивирующем кровотечении выполняется резекция поражённого отдела кишки.**

КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ

- **При отсутствии явлений перитонита, неполных свищах оперативное вмешательство, направленное на закрытие свища, производится в плановом порядке после проведенного полного курса противотуберкулёзной терапии и стихания специфического воспалительного процесса в брюшной полости.**
- **Полные тонкокишечные свищи, которые приводят к выраженным водно-электролитным и белковым расстройствам, подлежат оперативному лечению в неотложном порядке. Объём операции должен заключаться в резекции участка кишки, несущей свищ.**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- 1.** АТ не является редкой патологией, составляя около 15% от всех случаев острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у пациентов фтизиатрического профиля.
- 2.** В диагностике АТ ведущая роль отводится колоноскопии и лапароскопии.
- 3.** Более чем в половине наблюдений АТ сопровождается осложнениями, требующими неотложной операции.
- 4.** Сочетание дифференцированного хирургического подхода, этиотропной и патогенетической терапии позволило улучшить результаты лечения АТ.

СПАСИБО

ЗА

ВНИМАНИЕ !