

Туберкулёз органов брюшной ПОЛОСТИ

**К.м.н. Скопин М.С.
Туберкулёзная клиническая
больница №7
Москва**

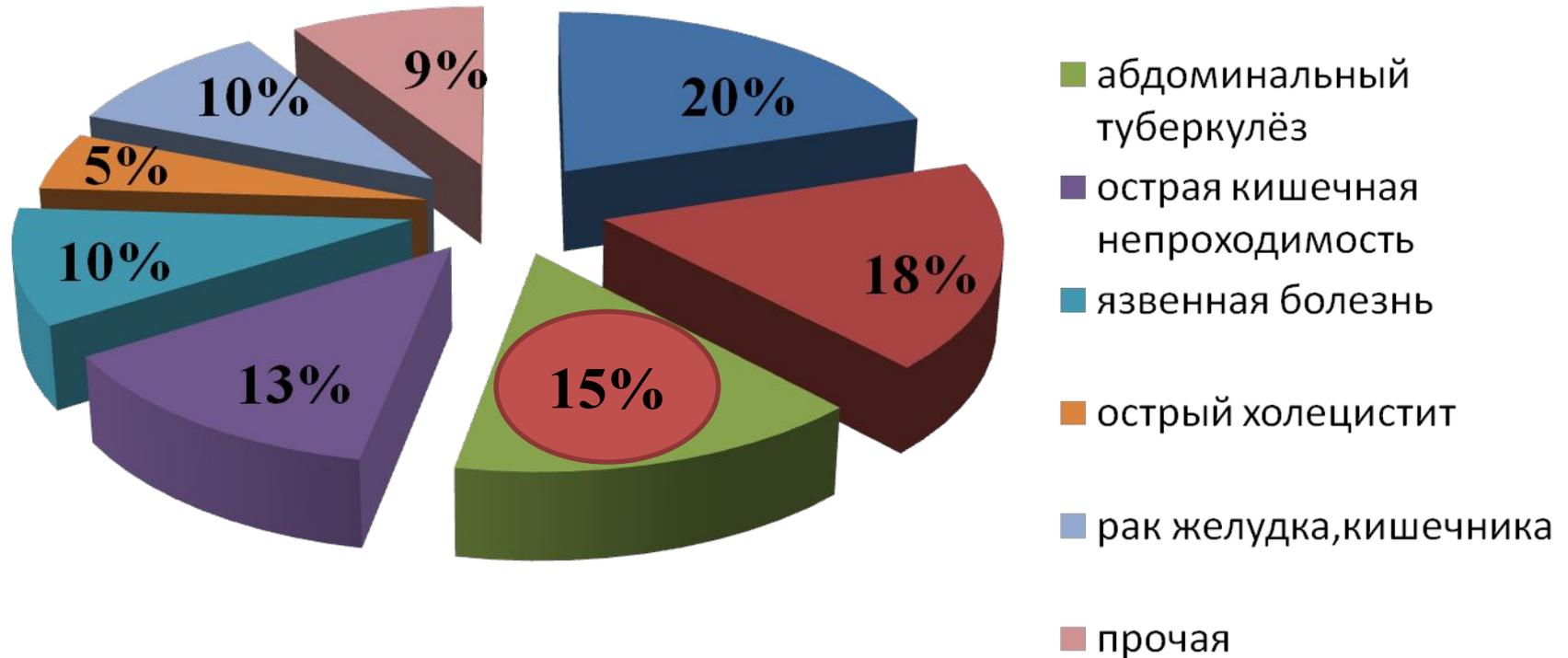
В России отмечается увеличение числа случаев абдоминального туберкулёза (АТ), частота выявления которого колеблется от 3 до 16% среди других внелёгочных локализаций туберкулёза.

Из-за трудностей диагностики АТ выявляется как правило, при развитии осложнений, требующих неотложных хирургических вмешательств.

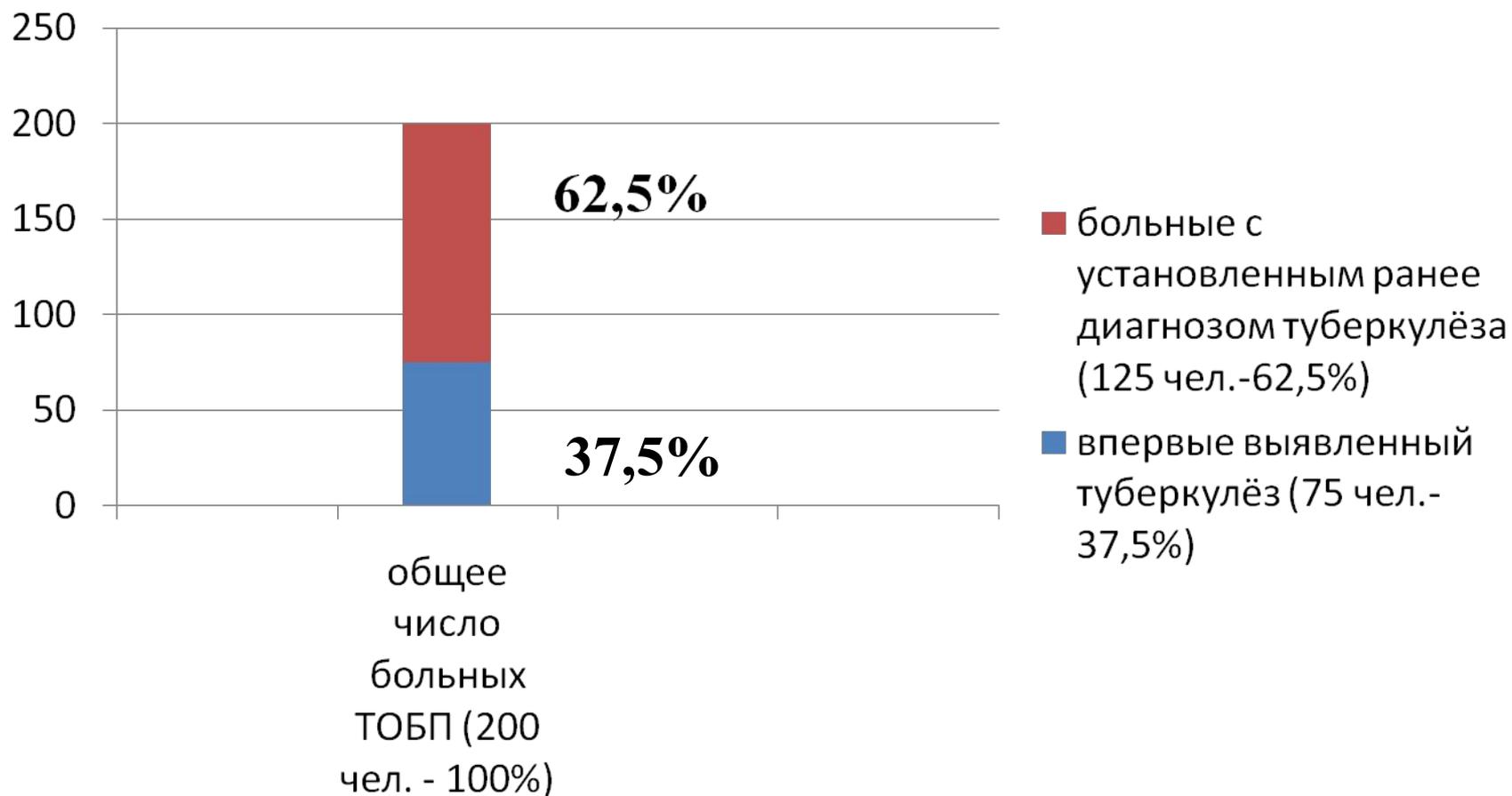
За последние несколько лет число больных с АТ значительно возросло, что связано с эпидемией ВИЧ-инфекции.

АТ занимает 3-е место среди прочей острой хирургической патологии органов брюшной полости у больных туберкулёзом

острая абдоминальная патология



В 1/3 случаев АТ выявляют у пациентов без туберкулёзного анамнеза в общей лечебной сети.



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,
а также туберкулёз медиастинальных лимфатических узлов

Классификация абдоминального туберкулёза

1. Туберкулёз кишечника

- Инfiltrативный
- Инfiltrативно-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)

- Экссудативный
- Адгезивный (слипчивый)
- Казеозно-некротический

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

3. Туберкулёз лимфатических узлов брюшной полости

- Активная фаза (инfiltrация, 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.

Туберкулёз кишечника

Формы:

Инфильтративная



Инфильтративно-язвенная

*Осложнения: перфорации язв с перитонитом,
межкишечными абсцессами; арозивные язвенные
кровотечения*



Рубцово-стенозическая

Осложнения: кишечная непроходимость

Туберкулёзная язва тонкой кишки



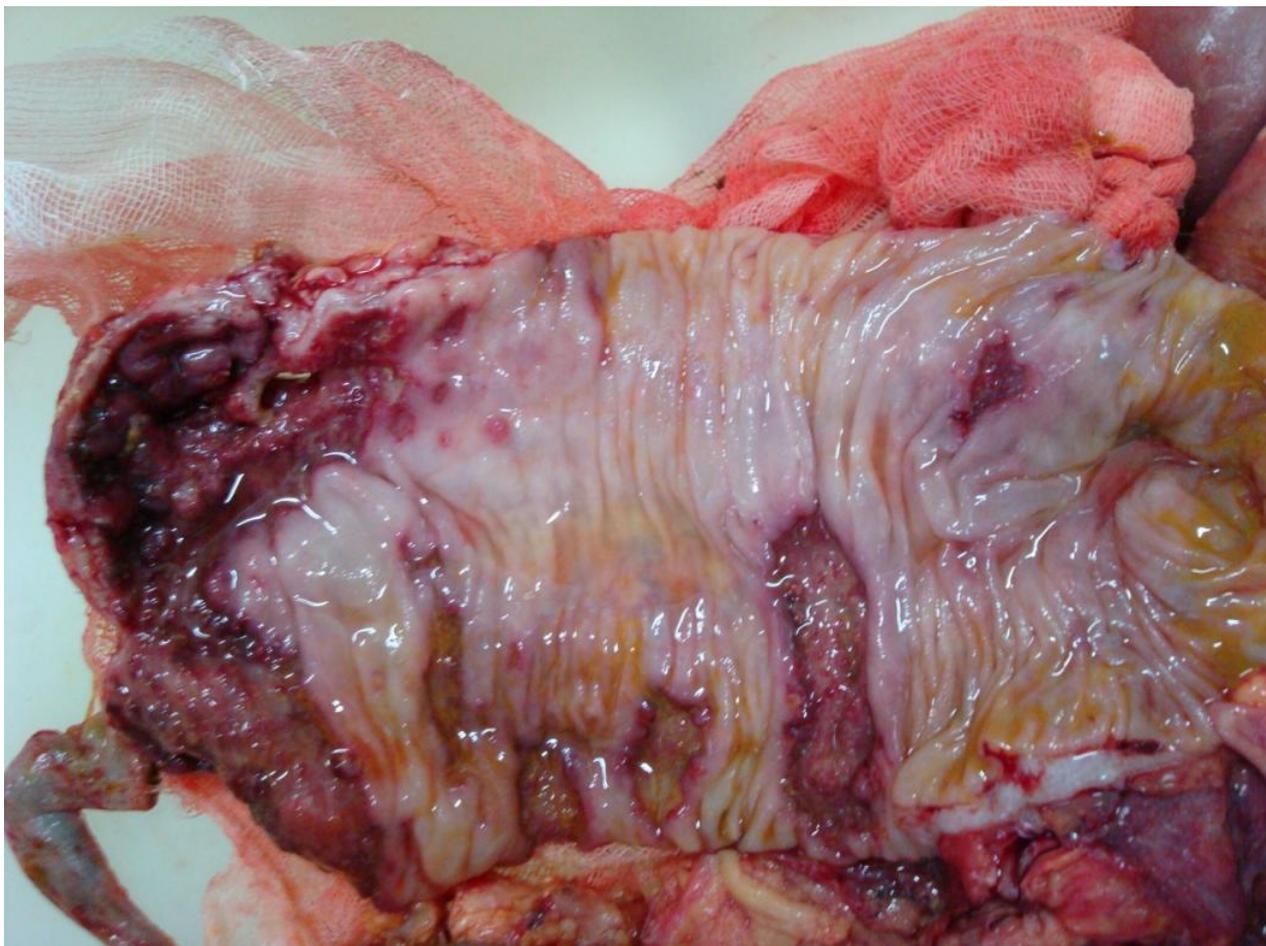
Туберкулёзная язва тонкой кишки



Туберкулёзная язва тонкой кишки



Туберкулёзная язва тонкой кишки



Туберкулёзная язва тонкой кишки



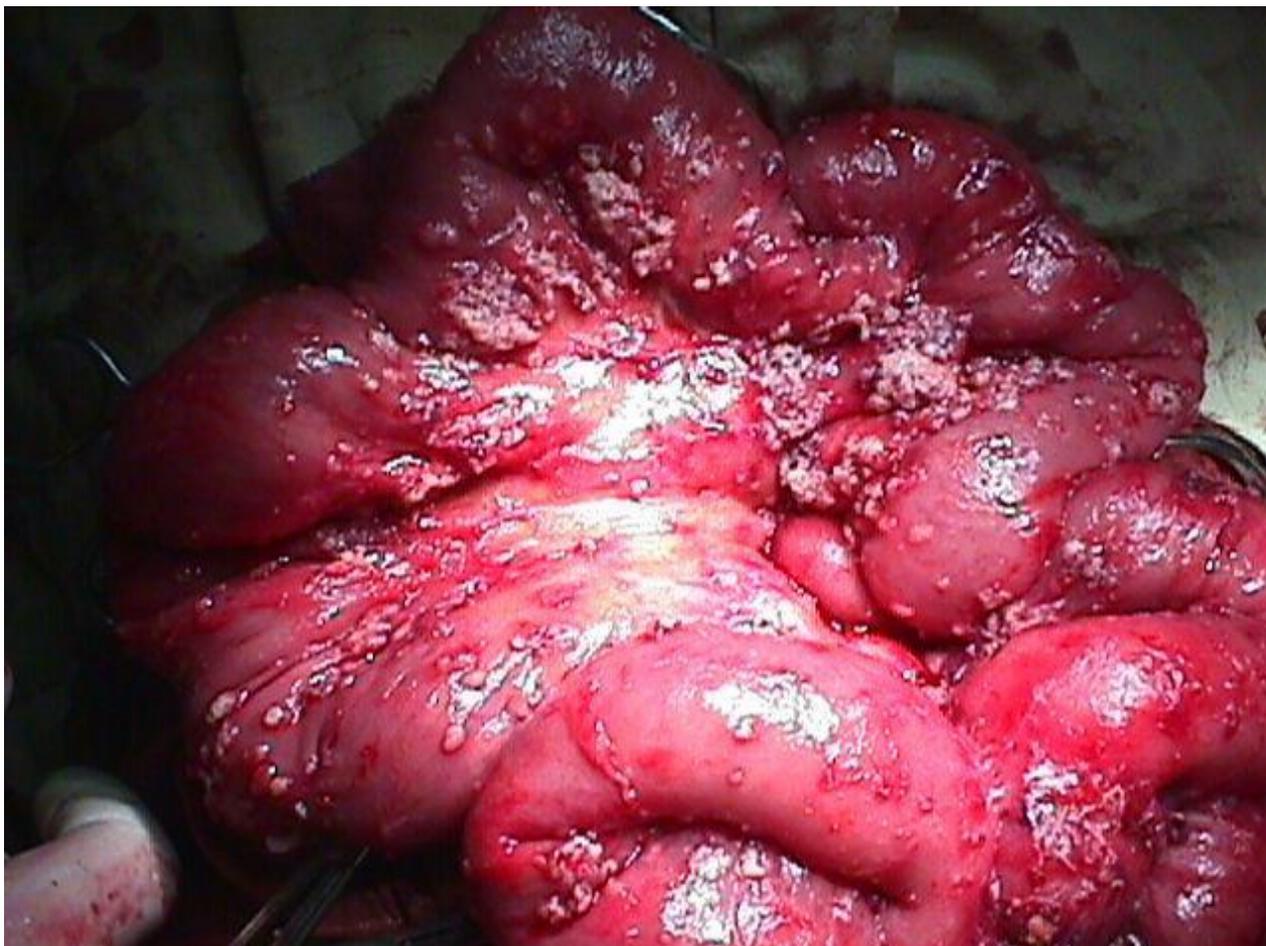
Туберкулёзная язва тонкой кишки



Туберкулёзная язва тонкой кишки



Туберкулёз кишечника и брюшины



Туберкулёз червеобразного отростка



Туберкулёз брюшины

Формы:

1. Экссудативная

Осложнения: асцит-перитонит

2. Адгезивная (слипчивая)

Осложнения: спаечная кишечная непроходимость

3. Казеозно-язвенная

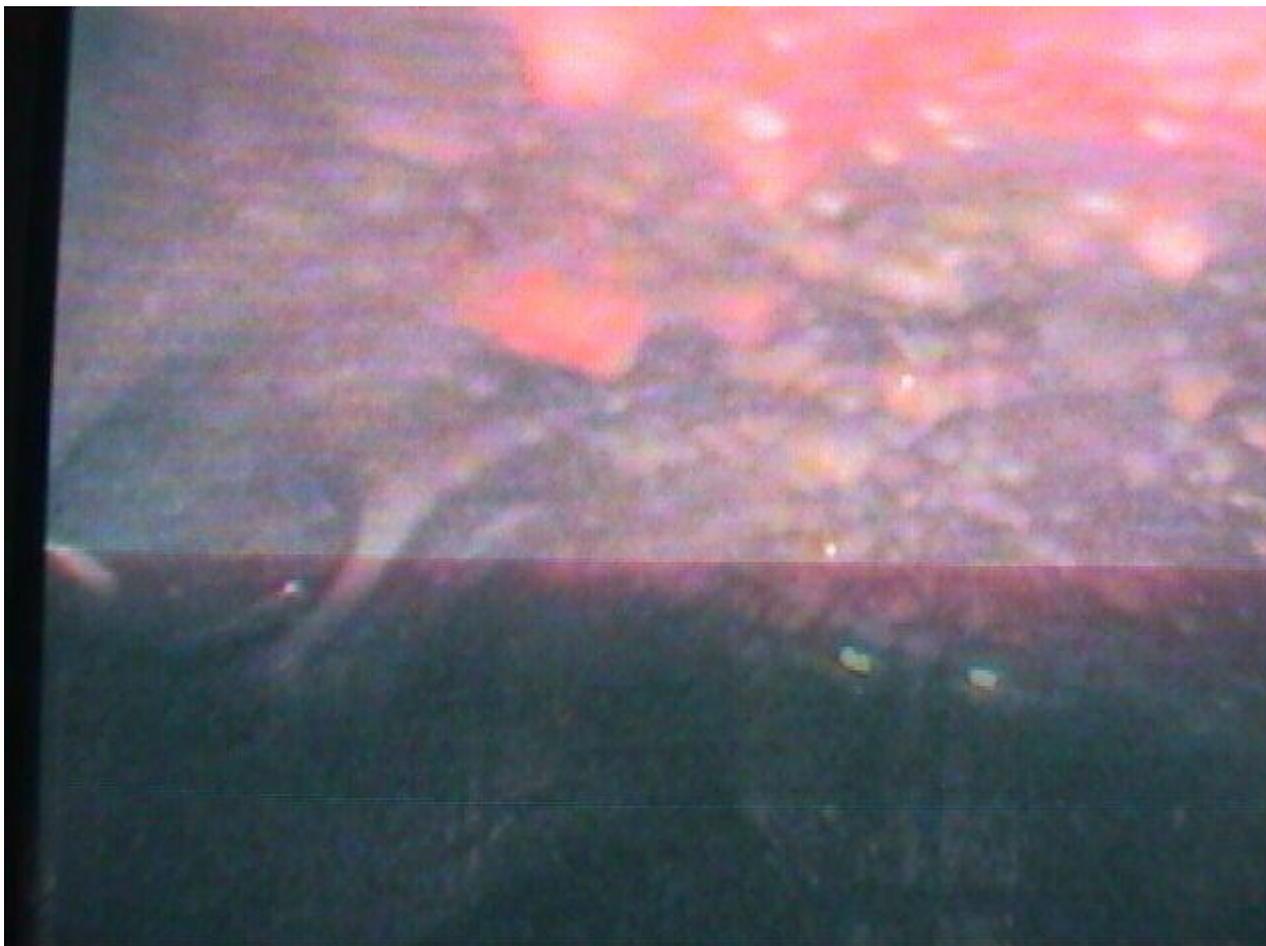
Осложнения:

*абсцессы корня брыжейки тонкой кишки,
воспалительные кишечные конгломераты,
кишечная непроходимость,
асцит-перитонит,
перфорации язв кишечника*

Туберкулёз брюшины (экссудативная форма)



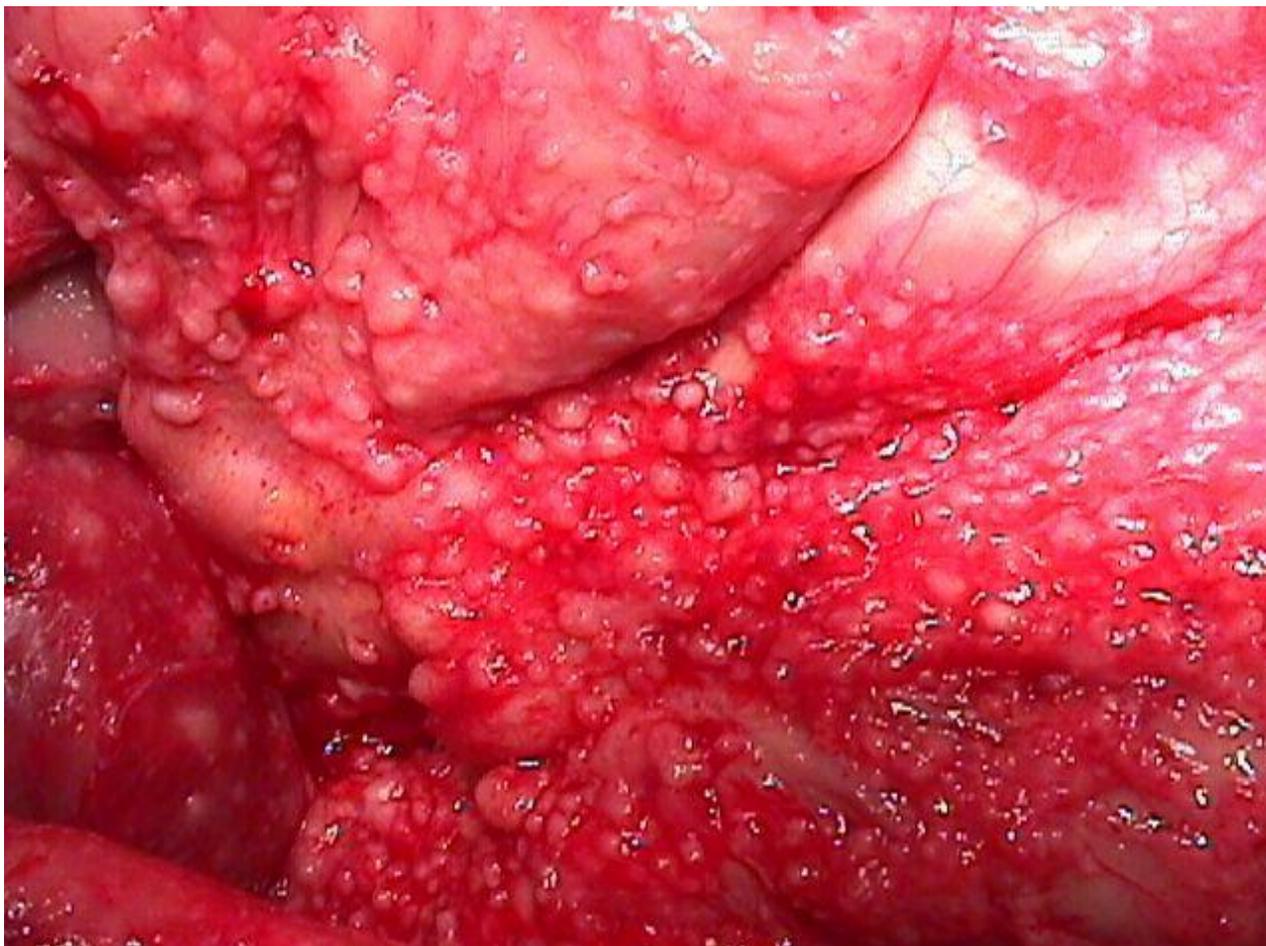
Туберкулёз брюшины



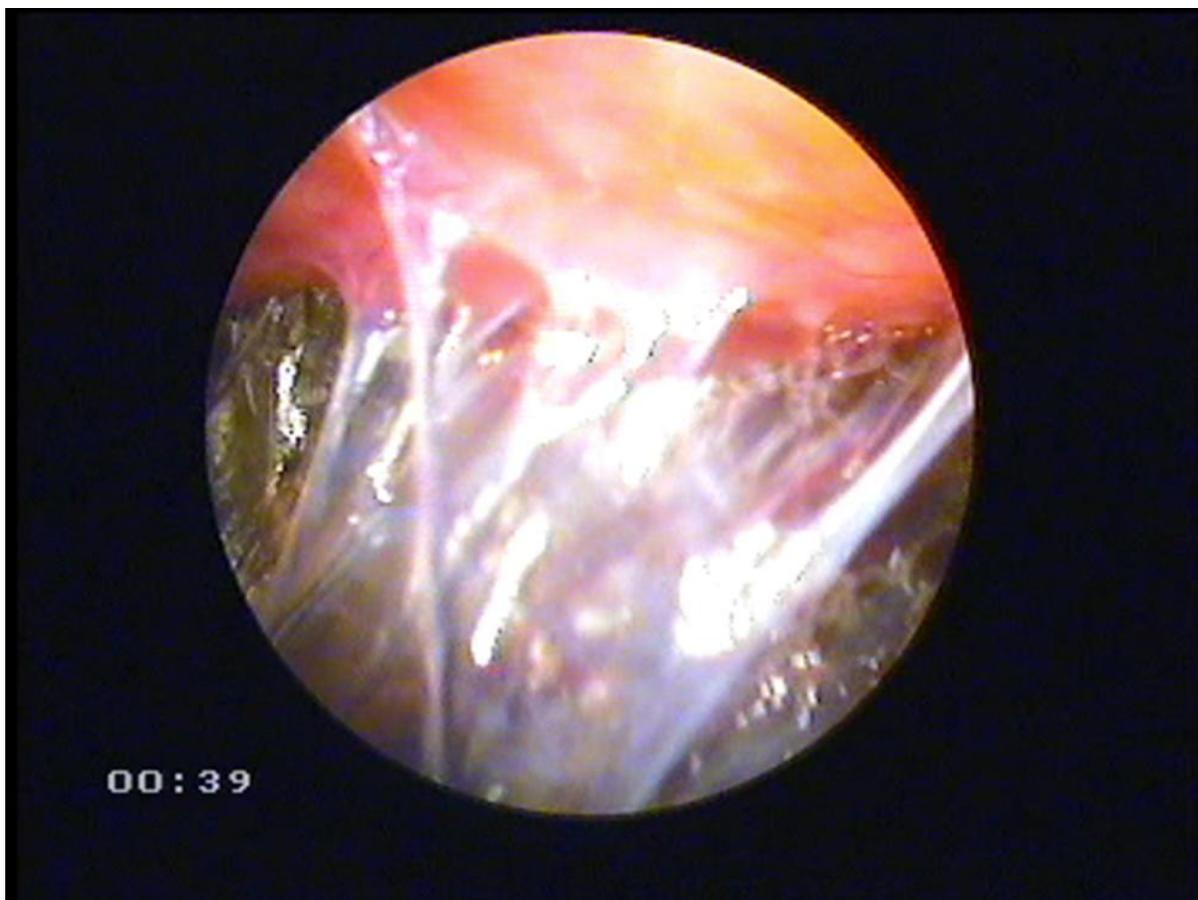
Туберкулёз брюшины



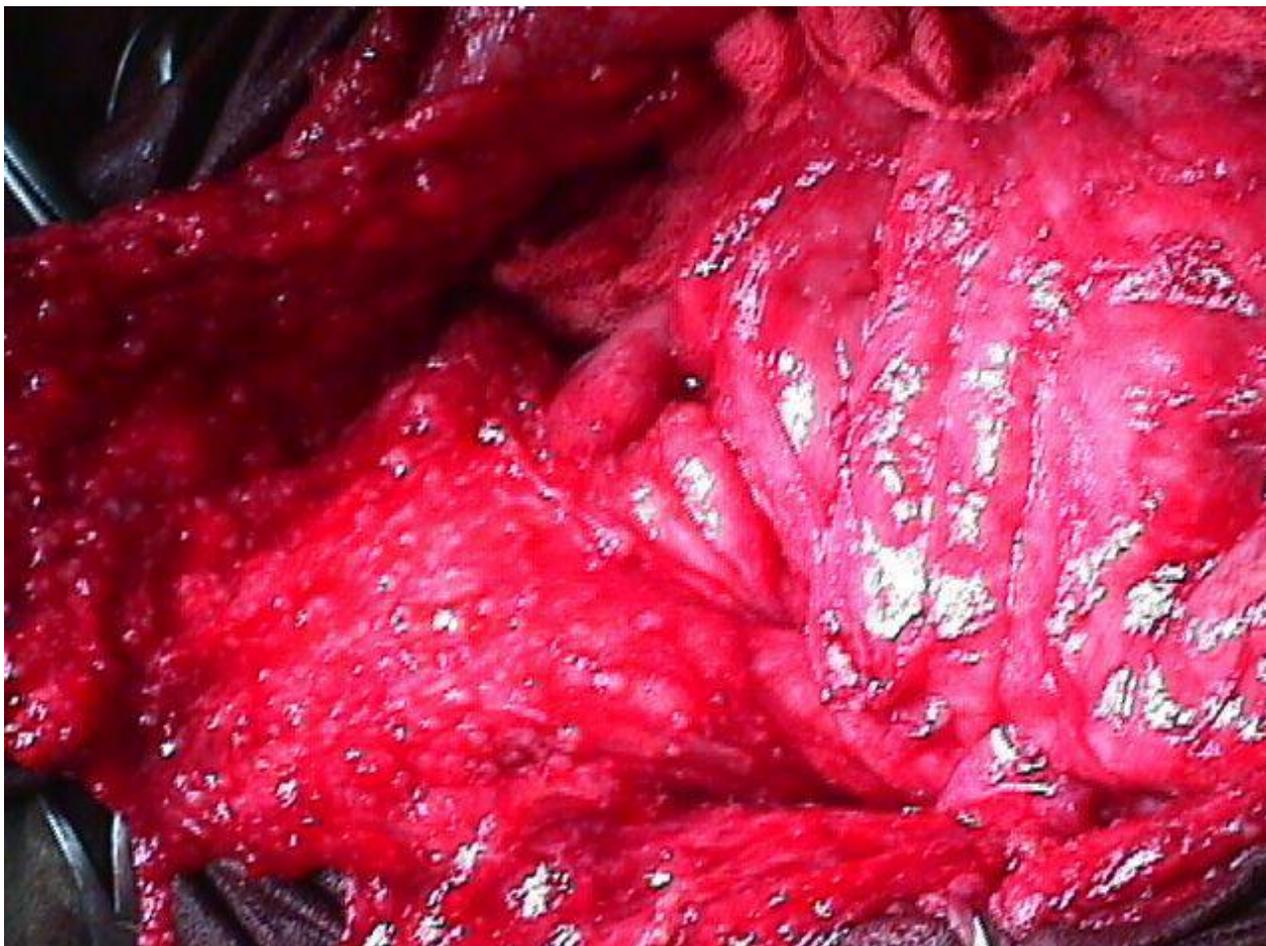
Туберкулёз брюшины



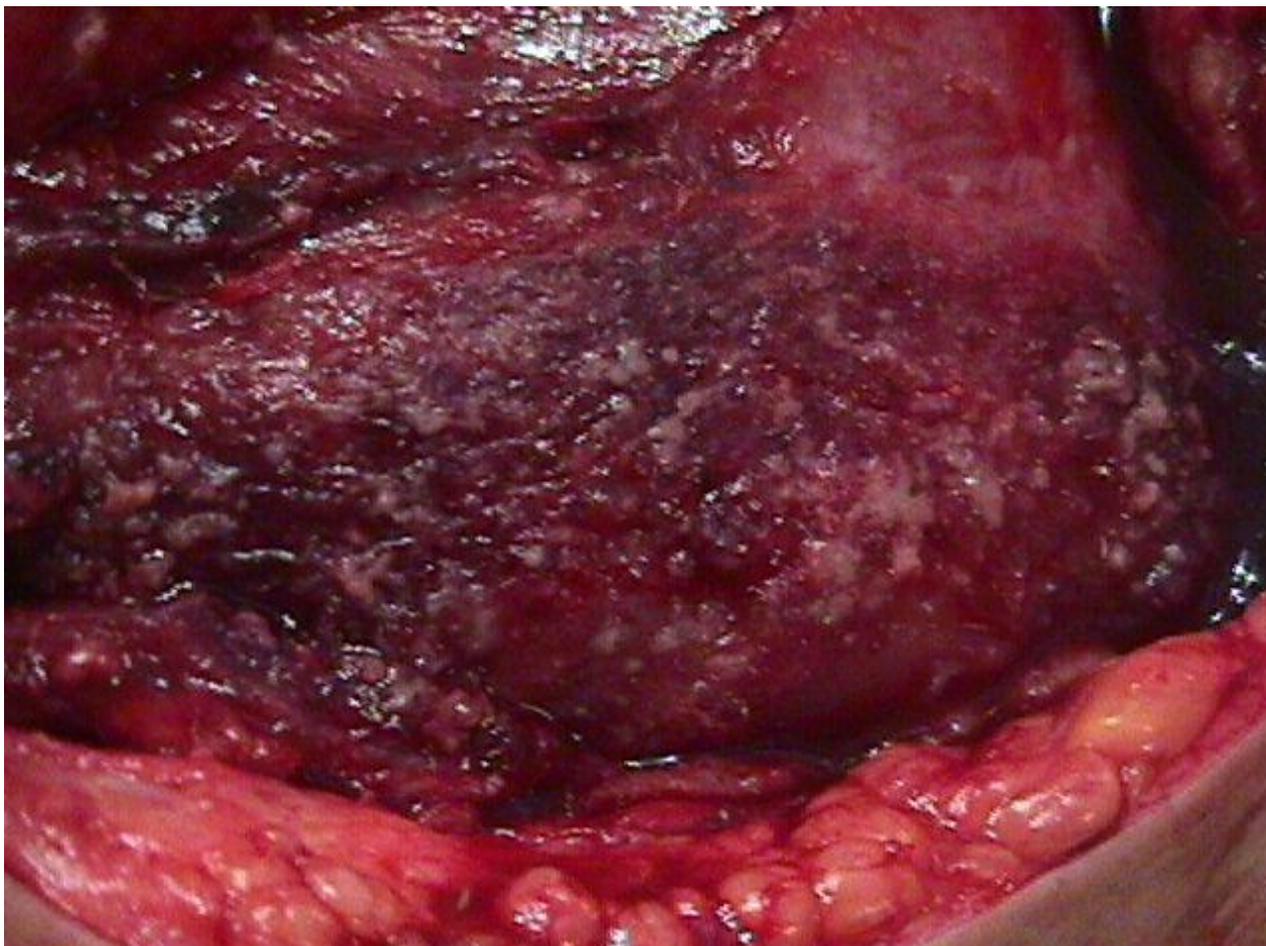
Туберкулёз брюшины (адгезивная форма)



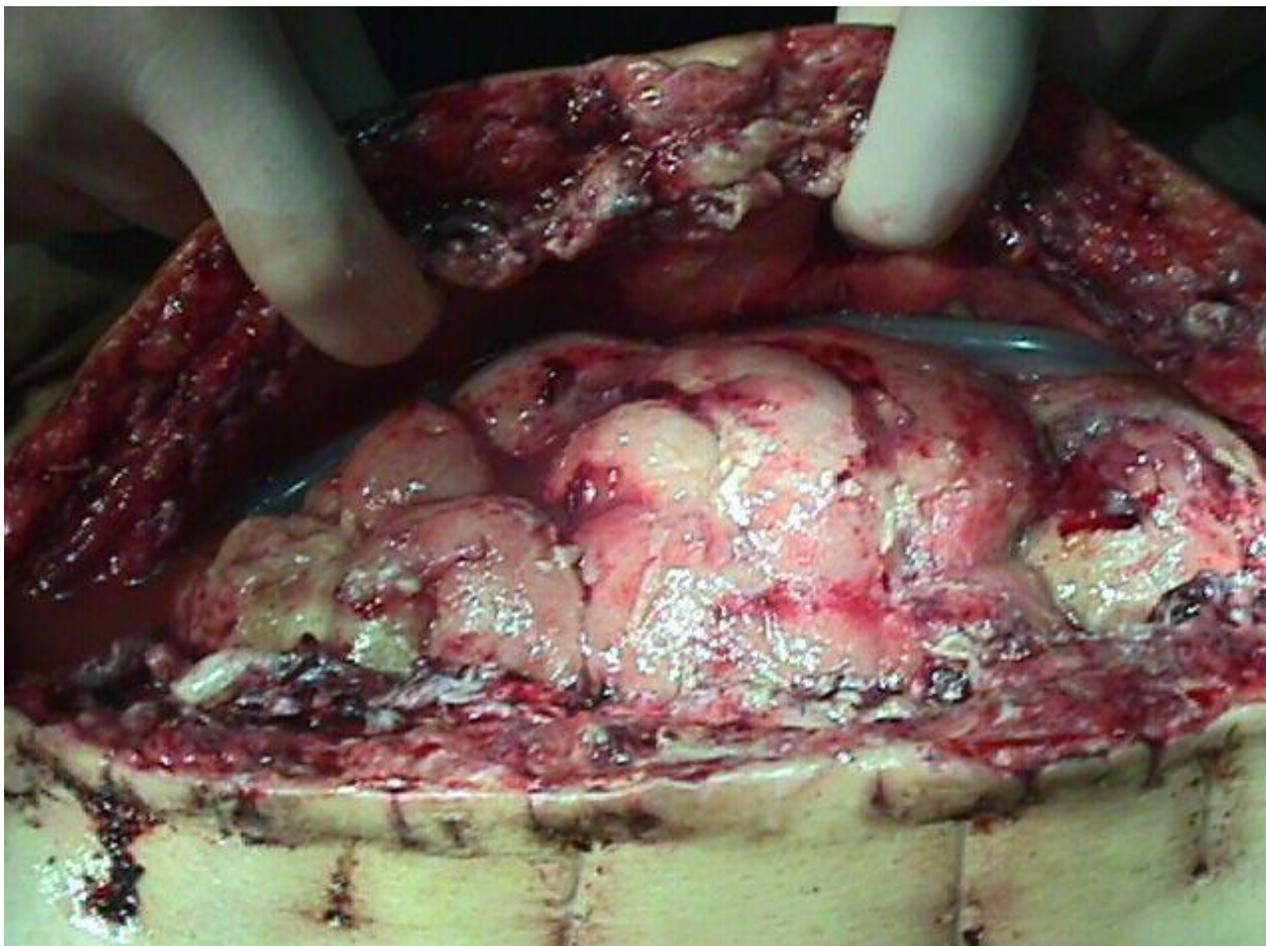
Туберкулёз брюшины (адгезивная форма)



Туберкулёз брюшины (казеозно-язвенная форма)



Туберкулёз брюшины (казеозно-язвенная форма)



Тотальный воспалительный конгломерат брюшной полости при абдоминальном туберкулёзе



Туберкулёз лимфатических узлов брюшной полости

Стадии:

1. Активная фаза

- Инфильтративная стадия
- Казеозно-некротическая стадия

Осложнения:

абсцессы корня брыжейки тонкой кишки, перитонит.

2. Неактивная фаза

- Стадия уплотнения и петрификации

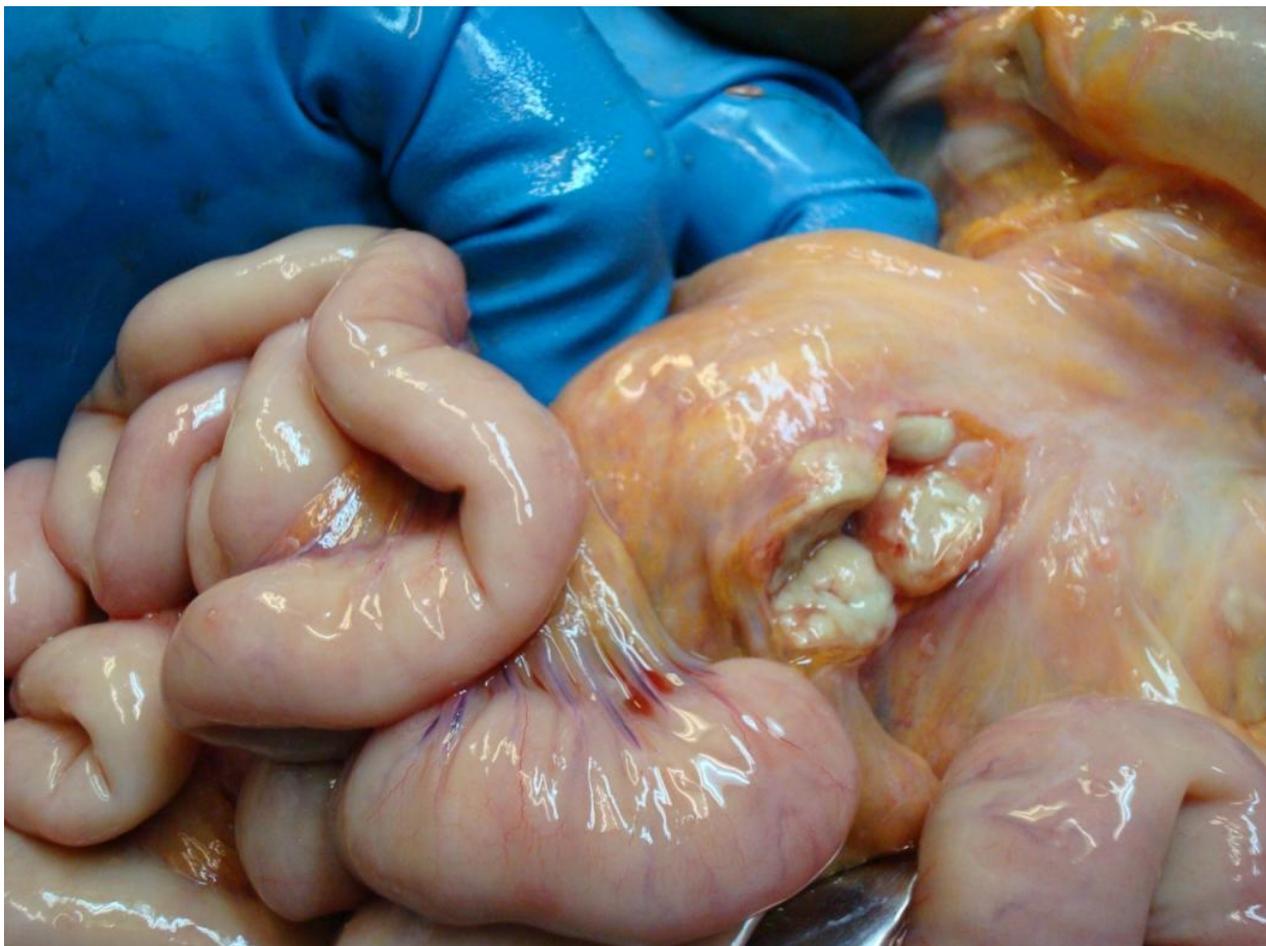
Туберкулёз забрюшинных лимфатических узлов



Туберкулёз забрюшинных лимфатических узлов



Туберкулёз забрюшинных лимфатических узлов



Туберкулёз селезёнки



Туберкулёз селезёнки



Туберкулёз печени



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, гипопропротеинемии, 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.

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).**

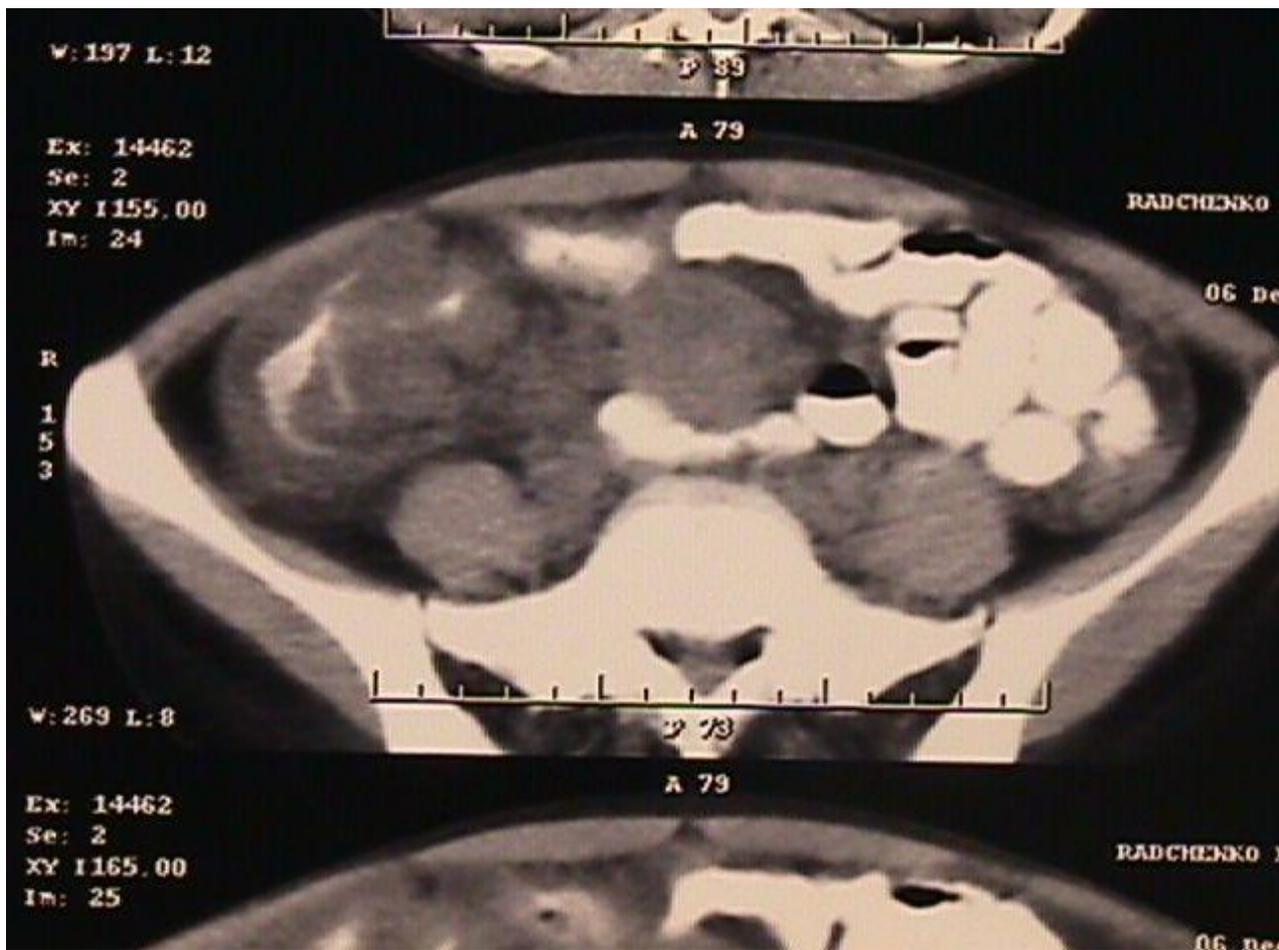
Кальцинаты в брюшной полости (обзорная рентгенография)



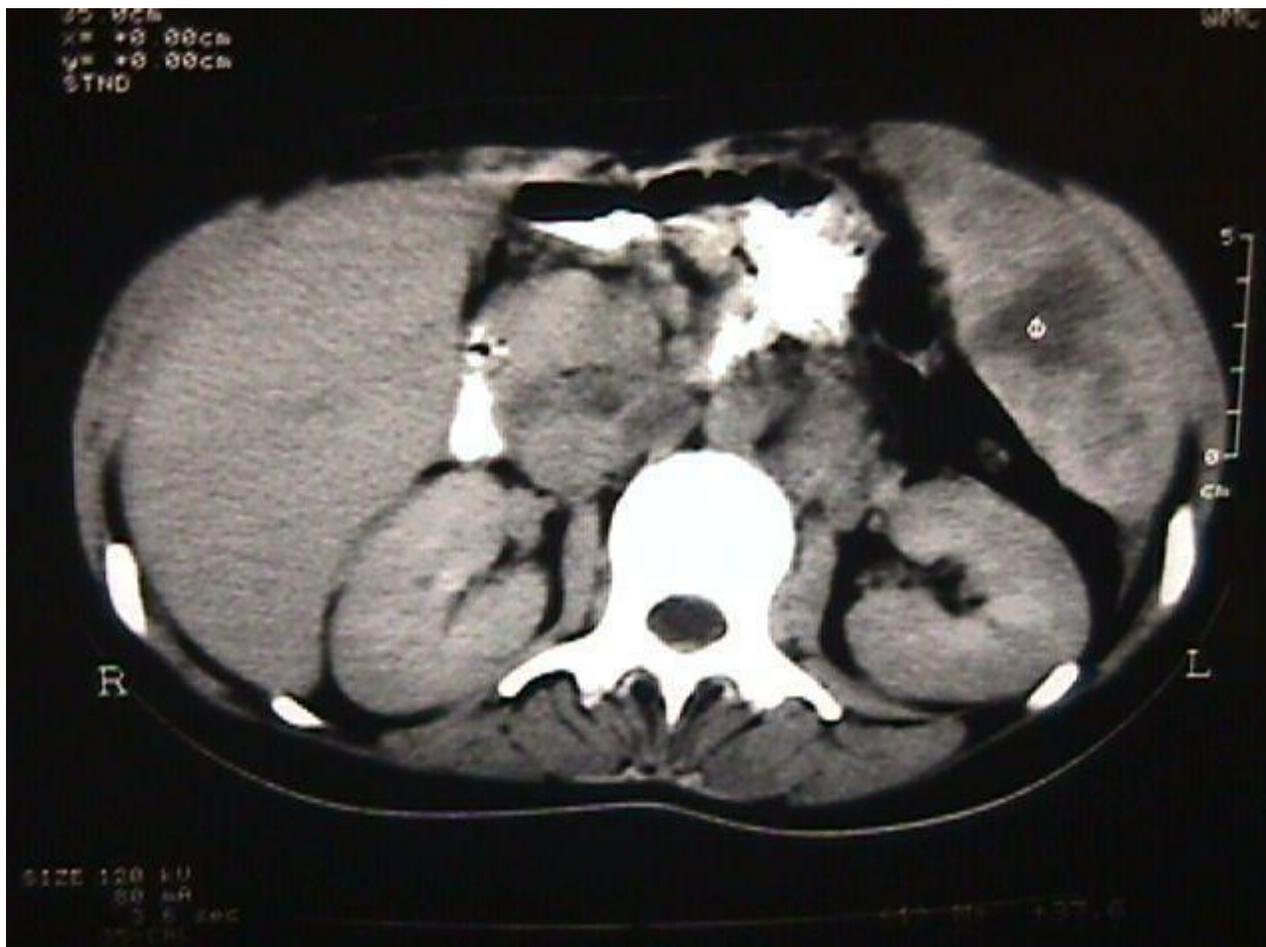
Туберкулёз восходящей ободочной кишки (ирригоскопия)



Туберкулёз мезентериальных лимфатических узлов (компьютерная томография)



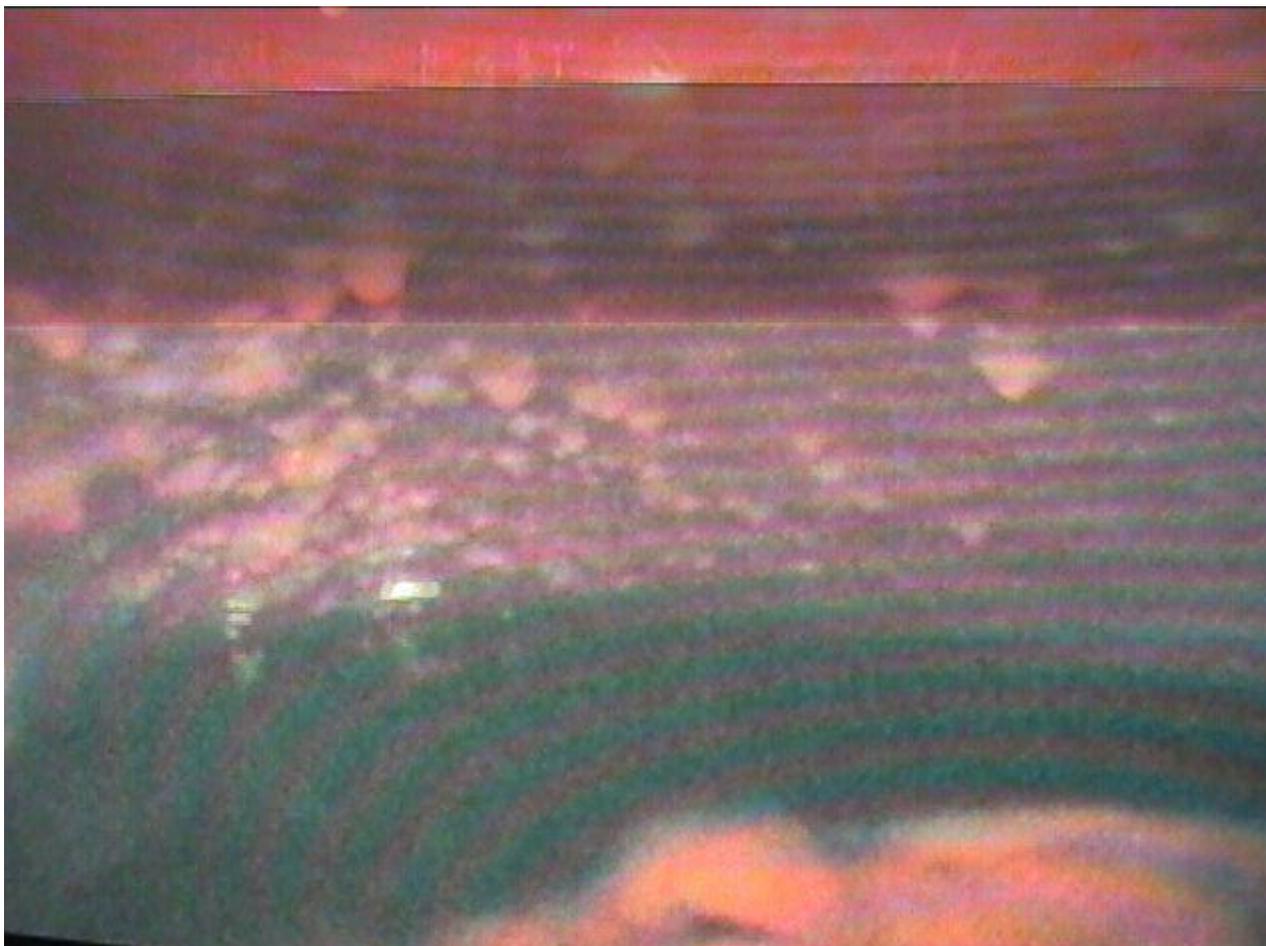
Туберкулёз селезёнки (компьютерная томография)



Туберкулёзная язва толстой кишки (колоноскопия)



Туберкулёз брюшины (лапароскопия)



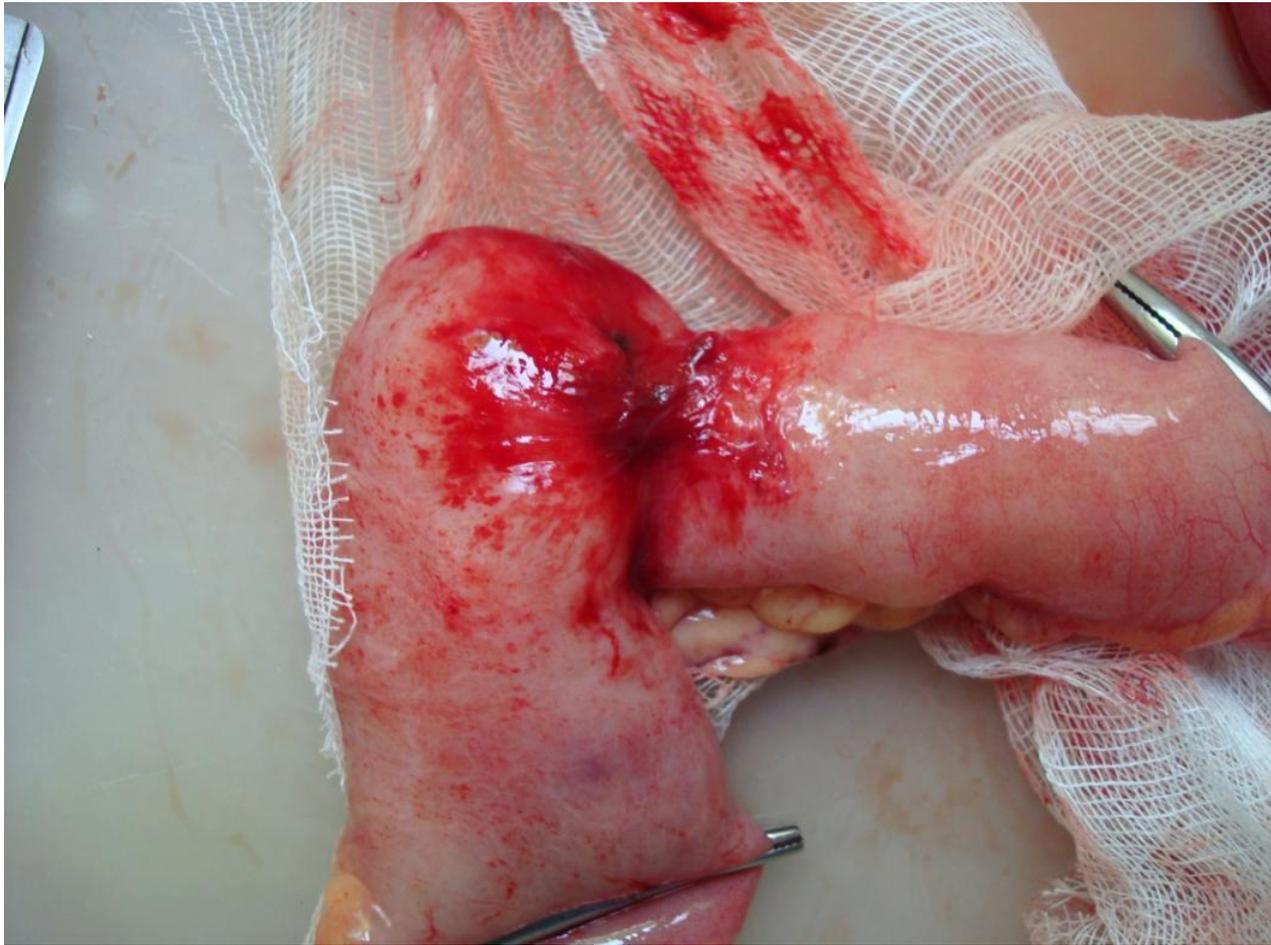
Туберкулёз кишечника следует дифференцировать:

- 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**

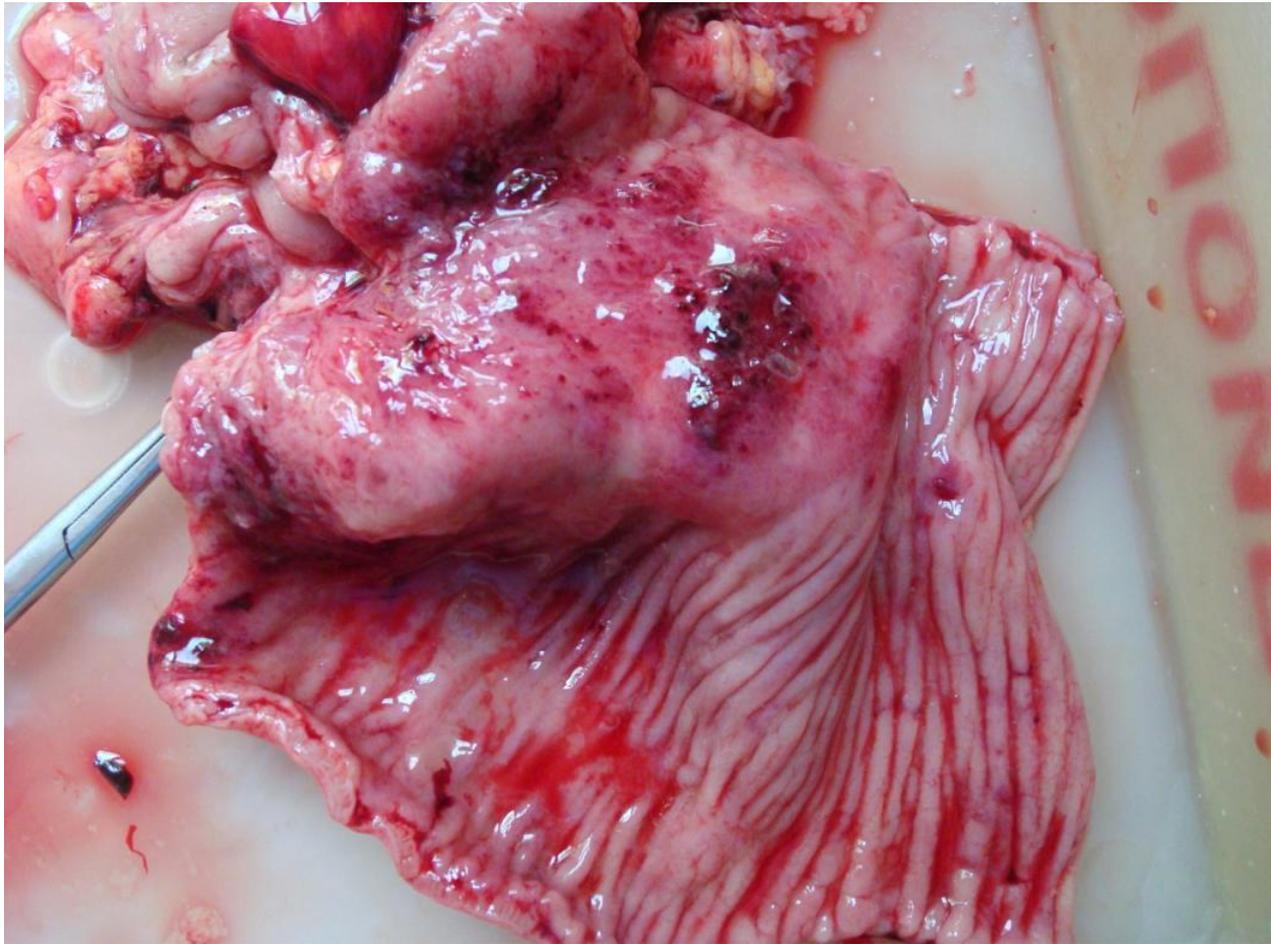
Болезнь Крона тонкой кишки



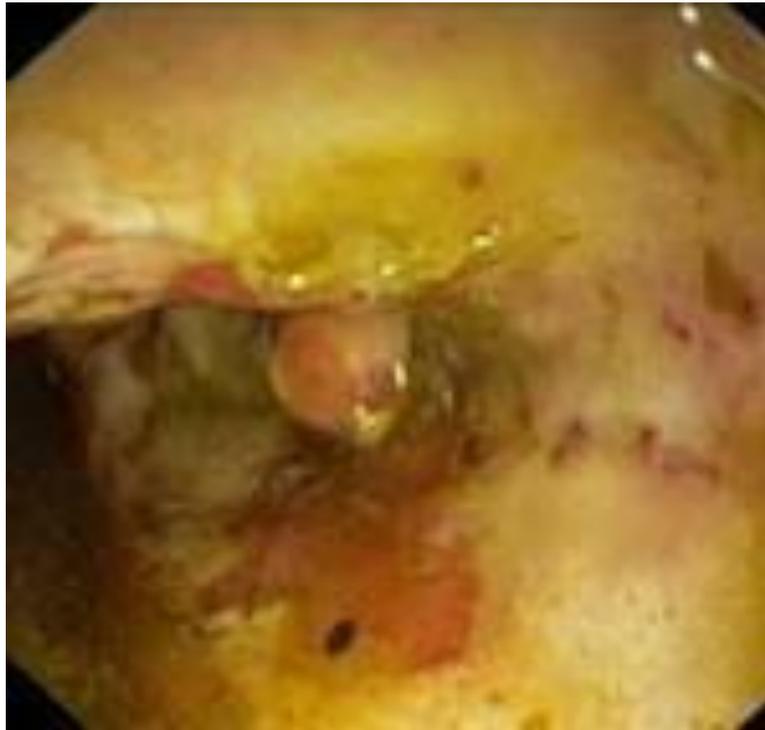
Болезнь Крона тонкой кишки



Болезнь Крона тонкой кишки



Болезнь Крона



Болезнь Крона



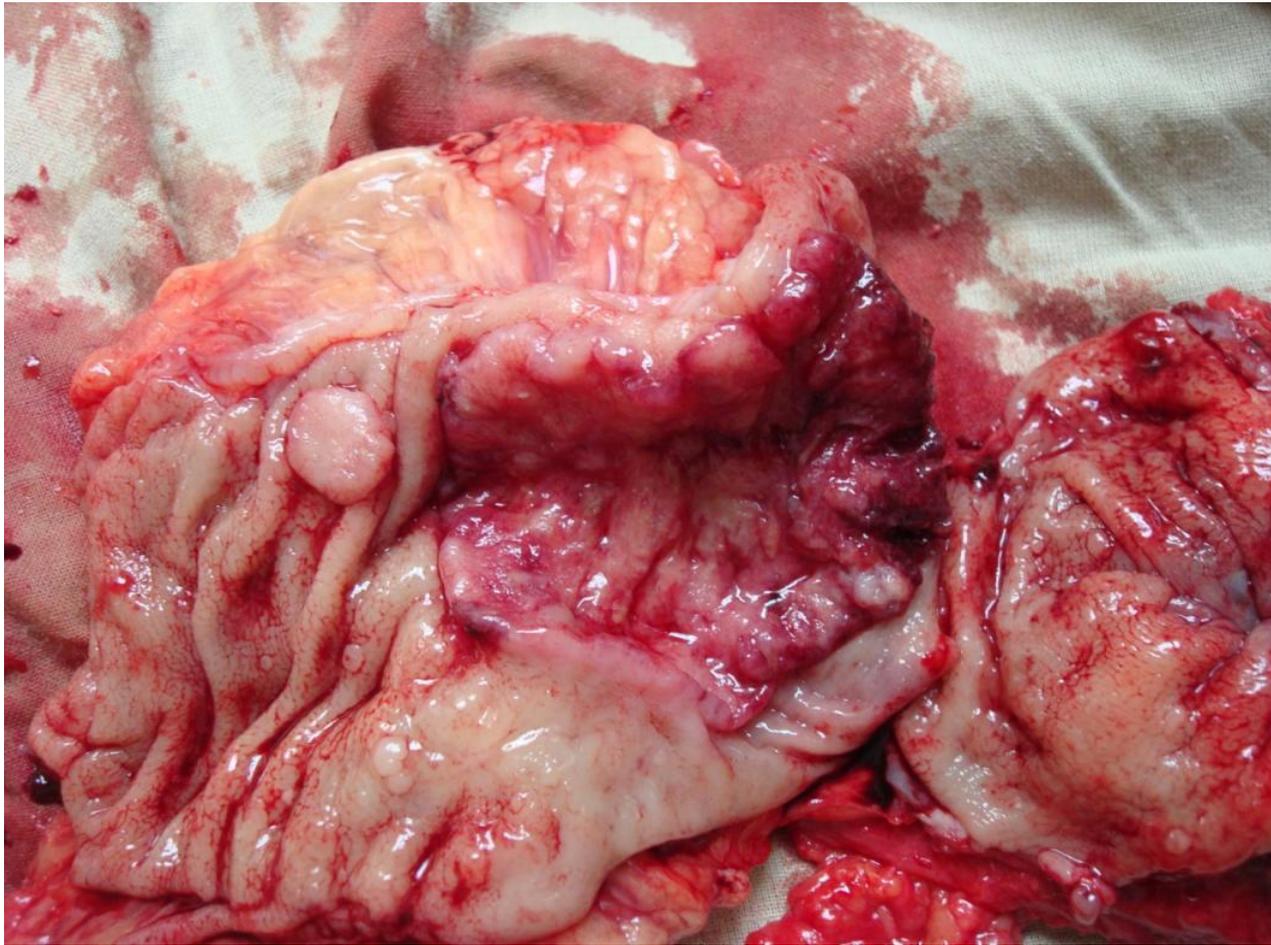
Болезнь Крона



Рак толстой кишки



Рак толстой кишки



Полипоз толстой кишки



Неспецифический язвенный колит



Неспецифический язвенный колит



Саркома Капоши желудка при ВИЧ-инфекции



Клинические проявления абдоминального туберкулёза

Туберкулёз брюшины.

Характерные клинические проявления:

- боли в животе,
- вздутие живота,
- асцит,
- 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, спаяк, асцитической жидкости) с последующим патоморфологическим и микробиологическим выявлением в них маркёров туберкулёзного процесса.**

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

- **Может протекать с наличием болей в животе, диспепсическими нарушениями, сопровождаться образованием инфильтратов брюшной полости, диареей, вздутием живота, симптомами туберкулёзной интоксикации.**
- **Возможно бессимптомное течение.**

Туберкулёз лимфатических узлов брюшной полости следует дифференцировать

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

**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**

Метастатическое поражение печени



Метастатическое поражение печени



Метастатическое поражение печени



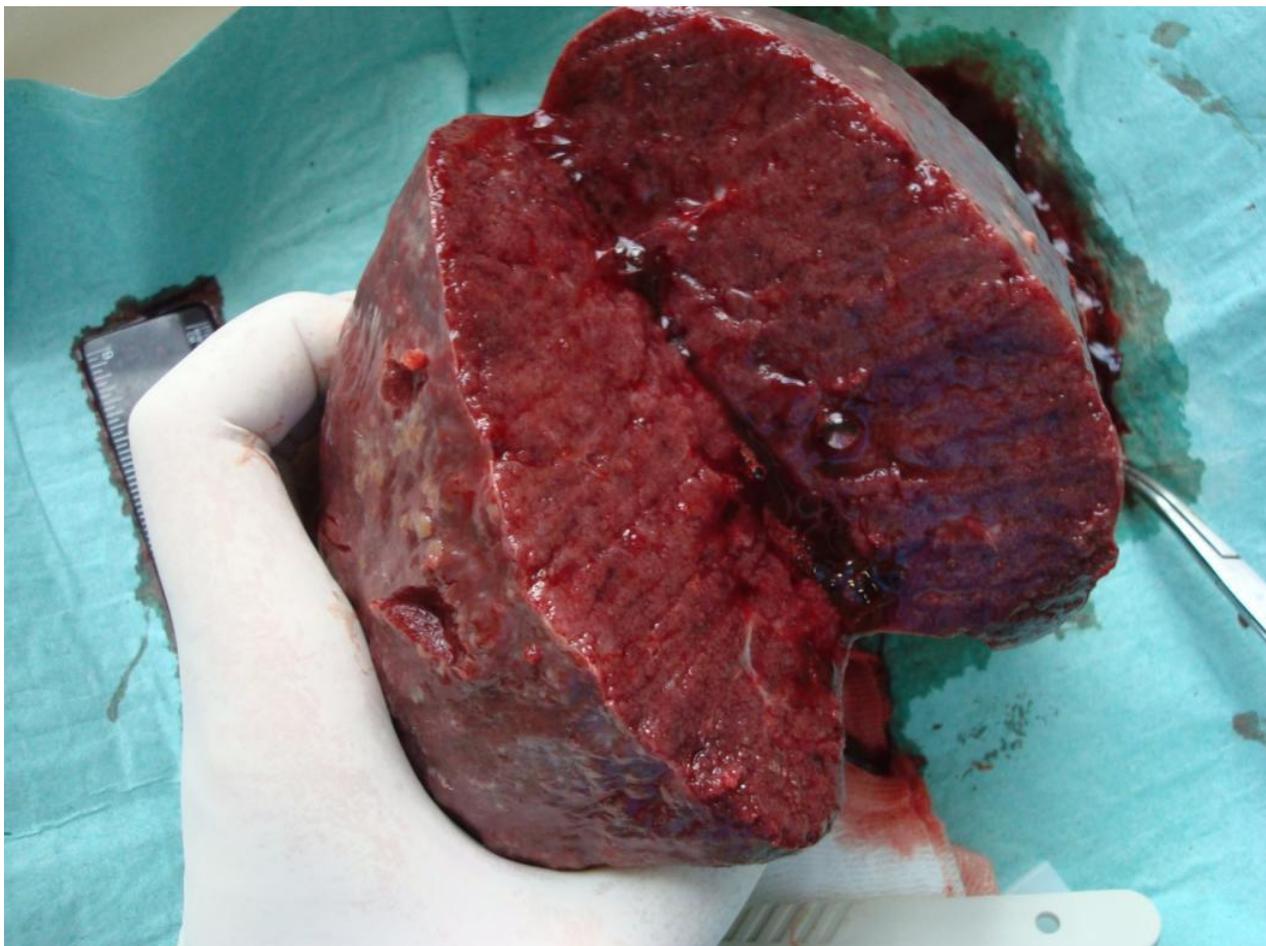
Лимфосаркома селезенки



Саркоидоз селезенки



Саркоидоз селезенки

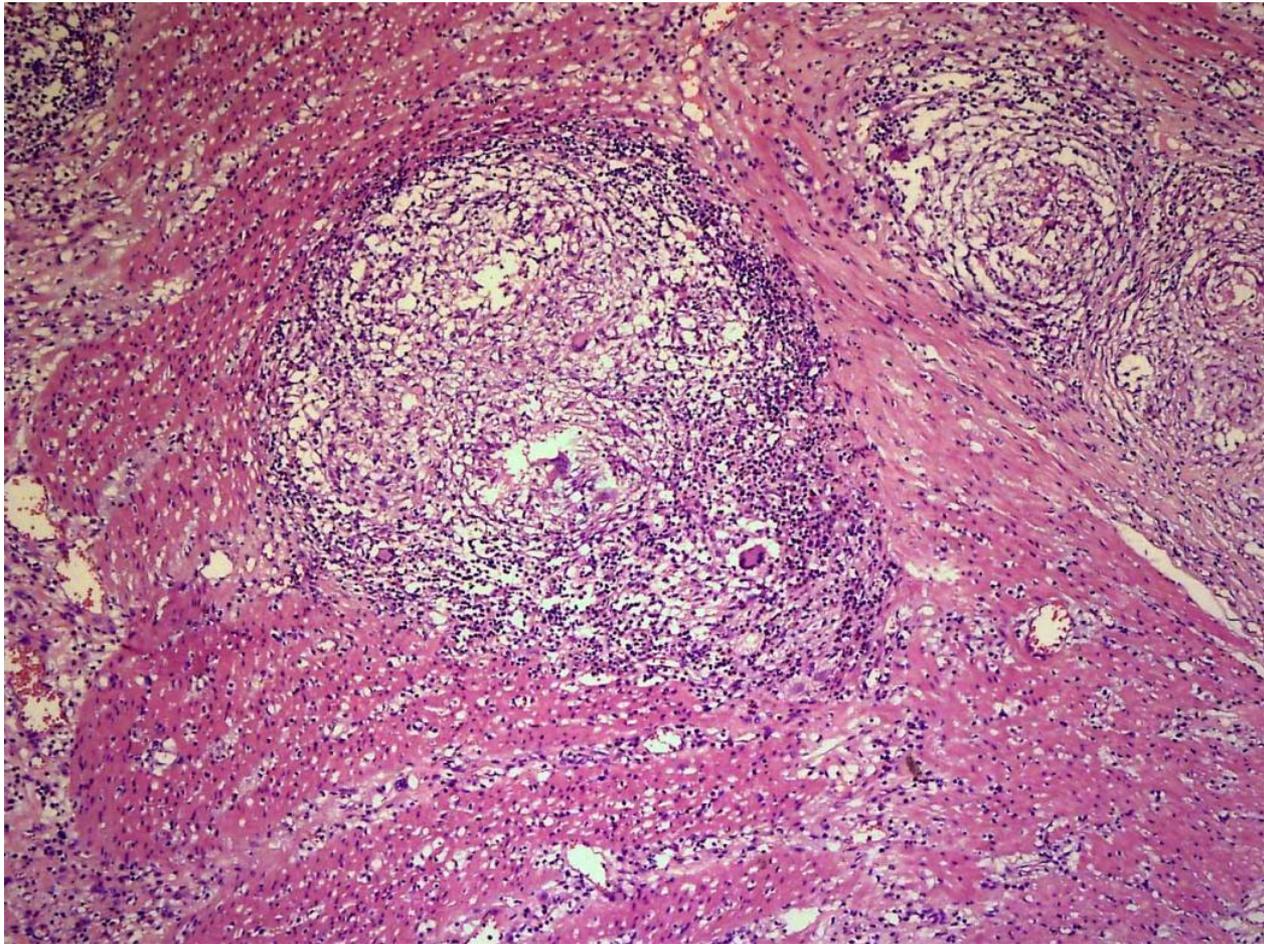


Диагностика туберкулёза органов брюшной полости.

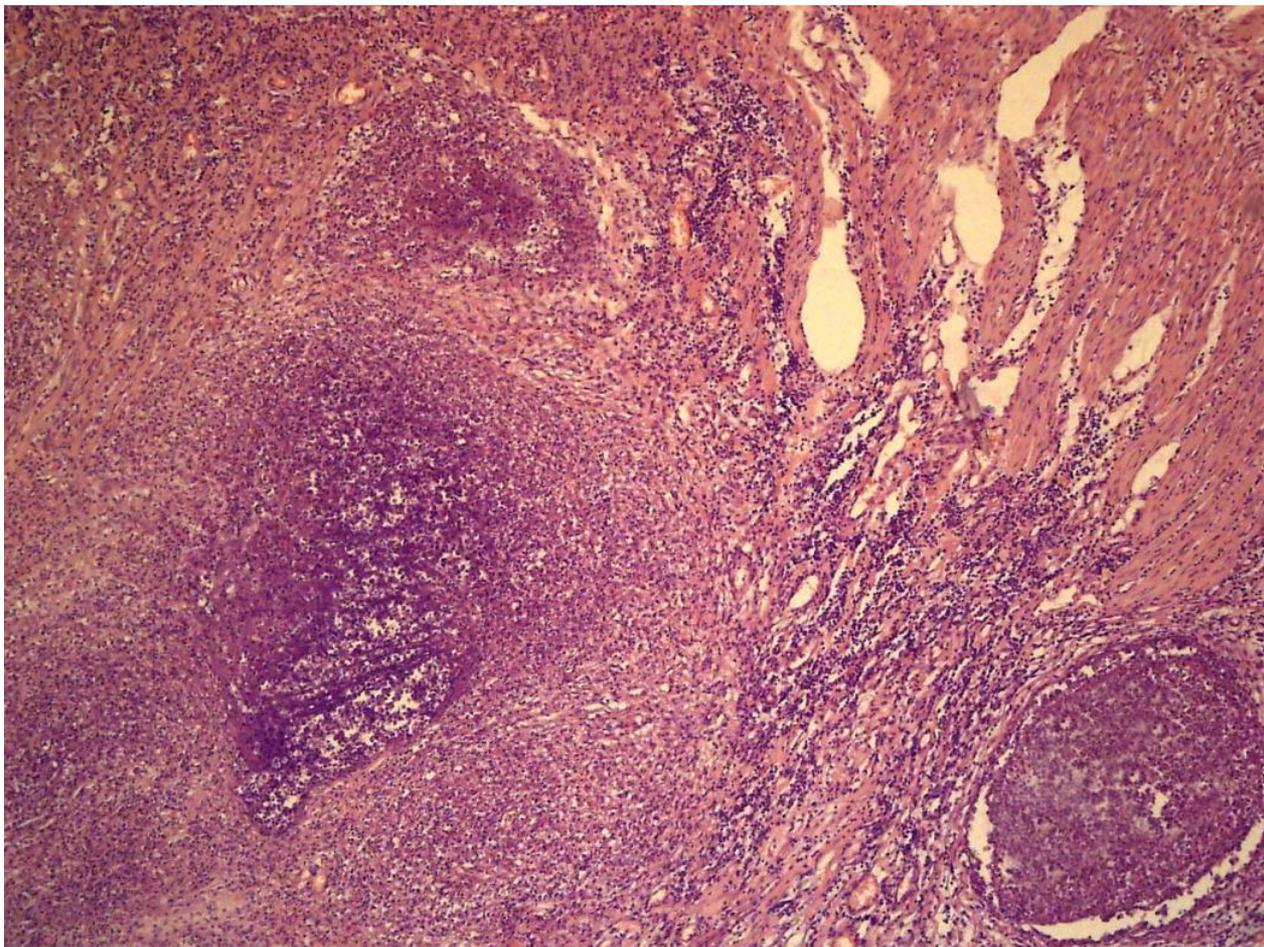
Ведущими критериями при установлении диагноза АТ являются лабораторные и патоморфологические методы

- 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)**

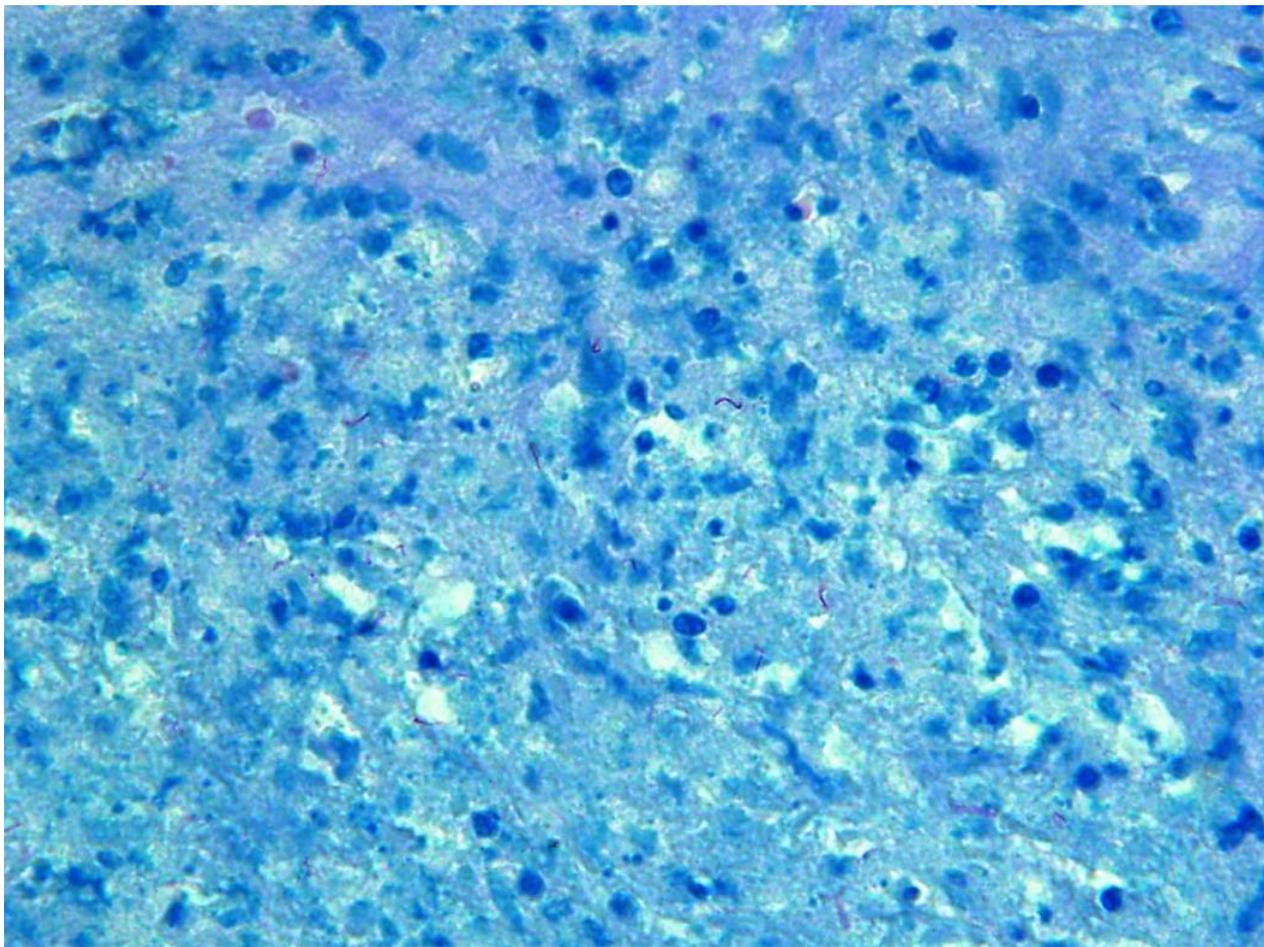
Туберкулёзные гранулёмы в стенке кишки



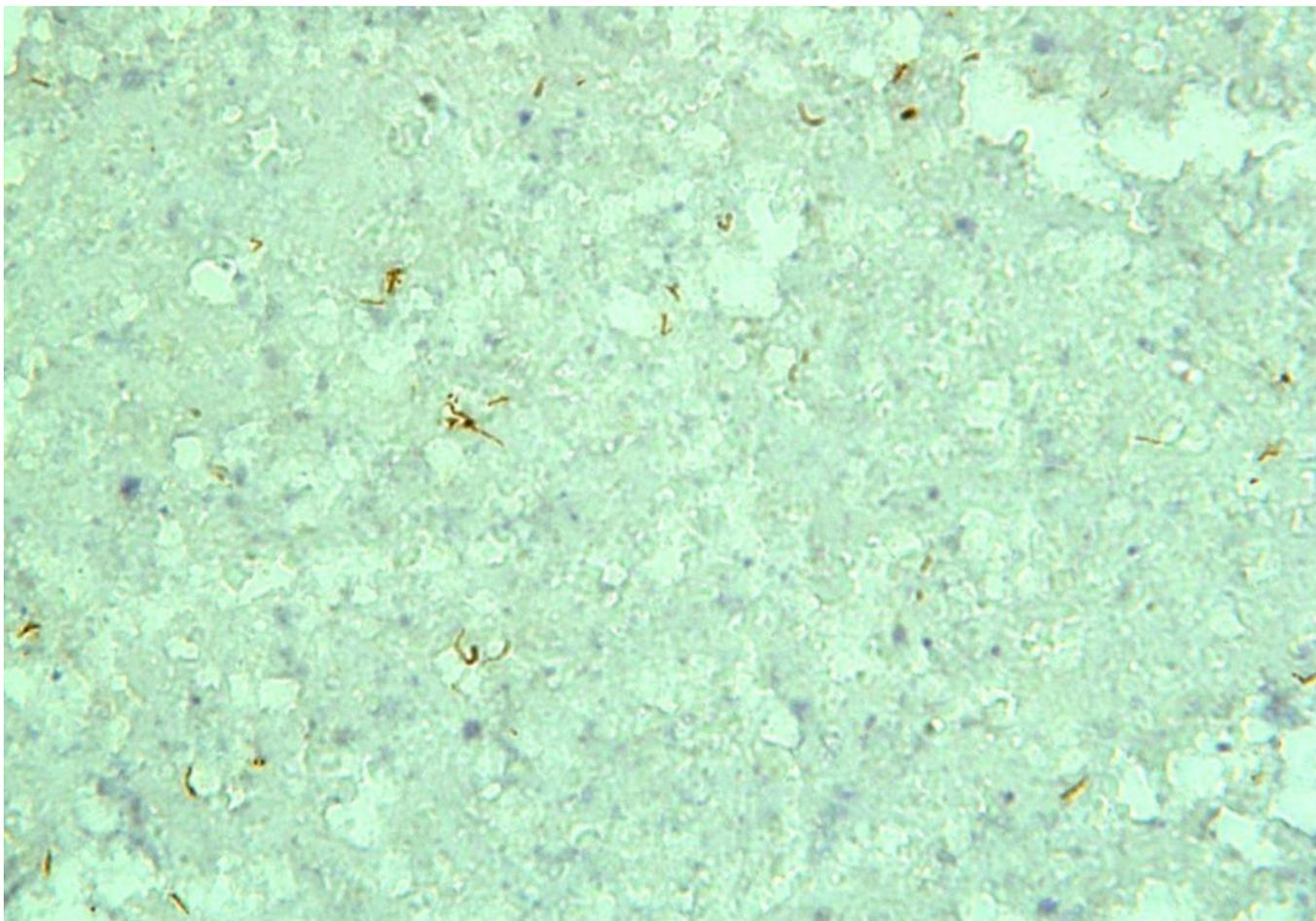
Туберкулёз кишки при ВИЧ-инфекции



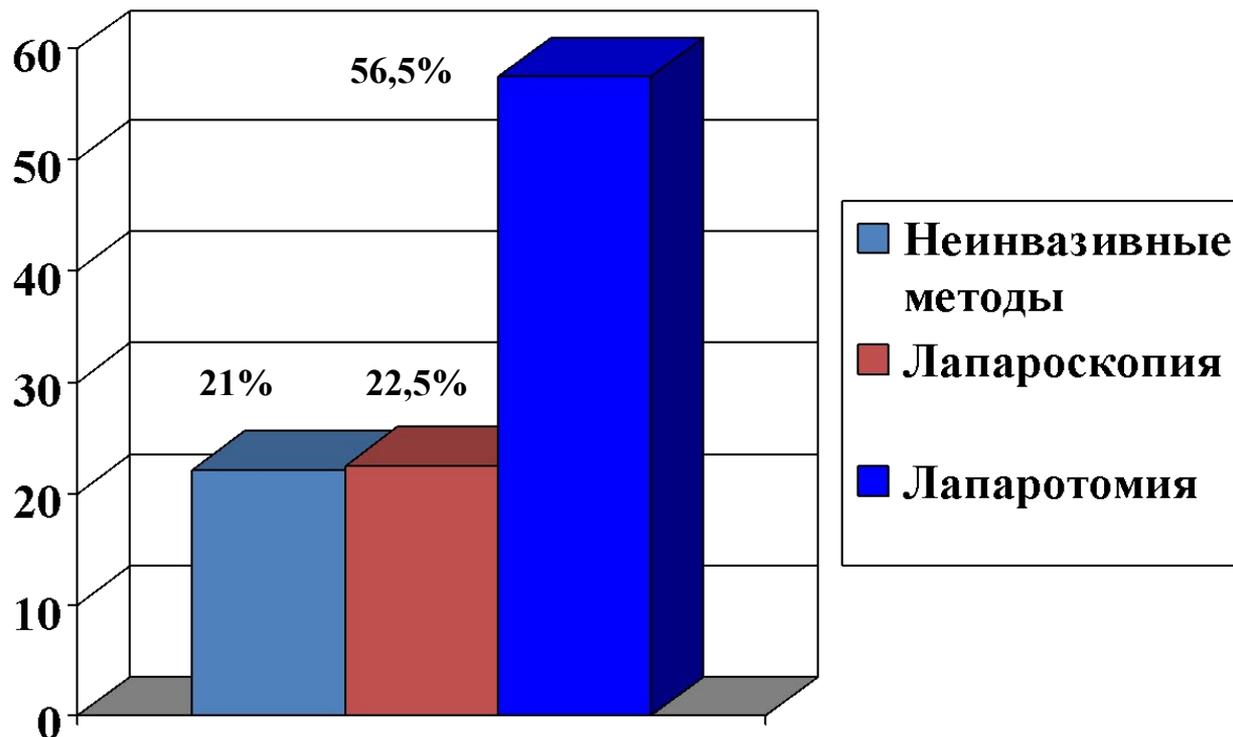
Микобактерии туберкулёза в стенке кишки (окраска по Цилю-Нильсену)



Микобактерии туберкулёза в стенке кишки (иммуногистохимическое исследование)



Соотношение значимости различных методов диагностики при абдоминальном туберкулёзе (%)



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, эритроцитная 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.**

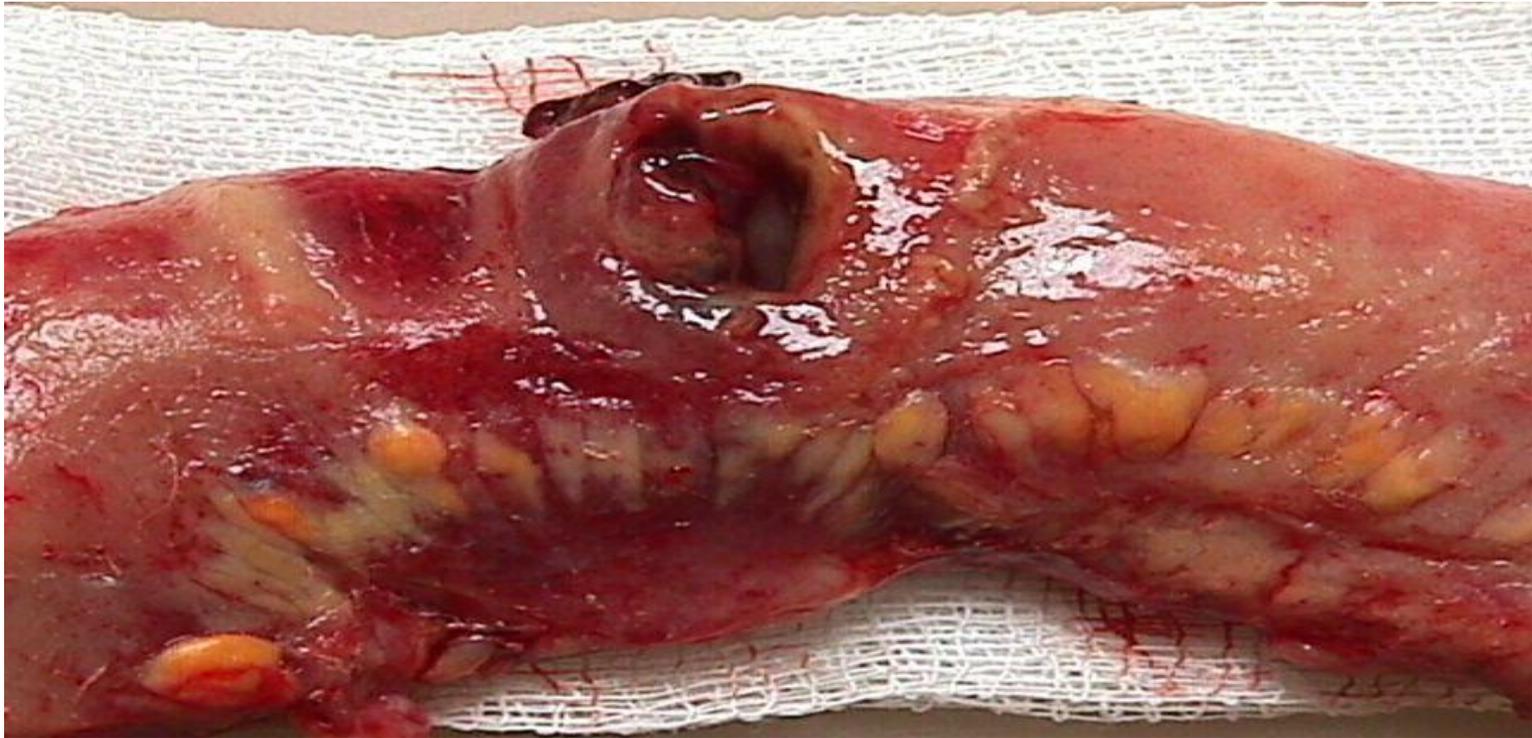
Перфоративная туберкулёзная язва тонкой кишки



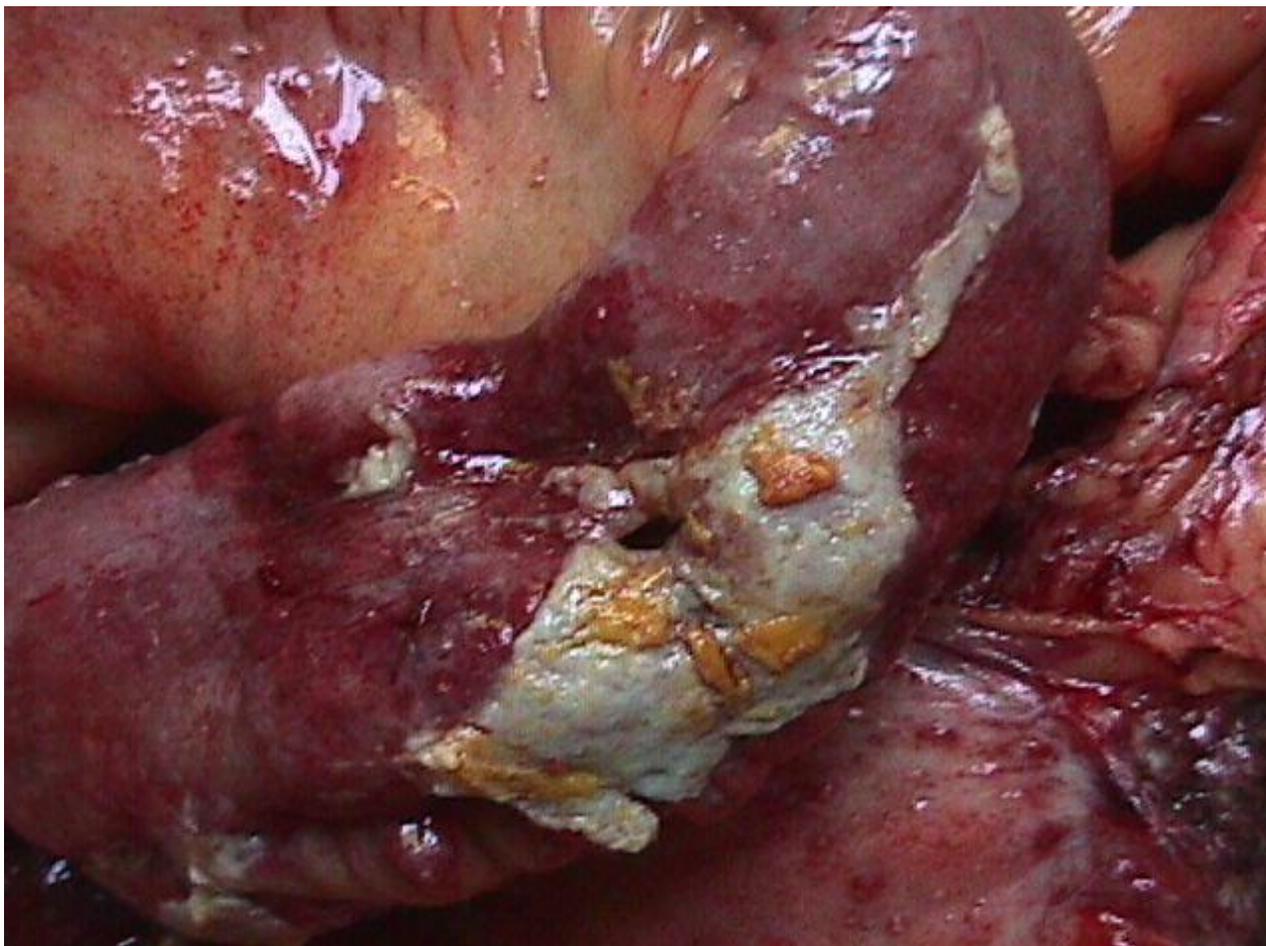
**Туберкулёзная язва тонкой кишки в состоянии
некроза перед перфорацией**



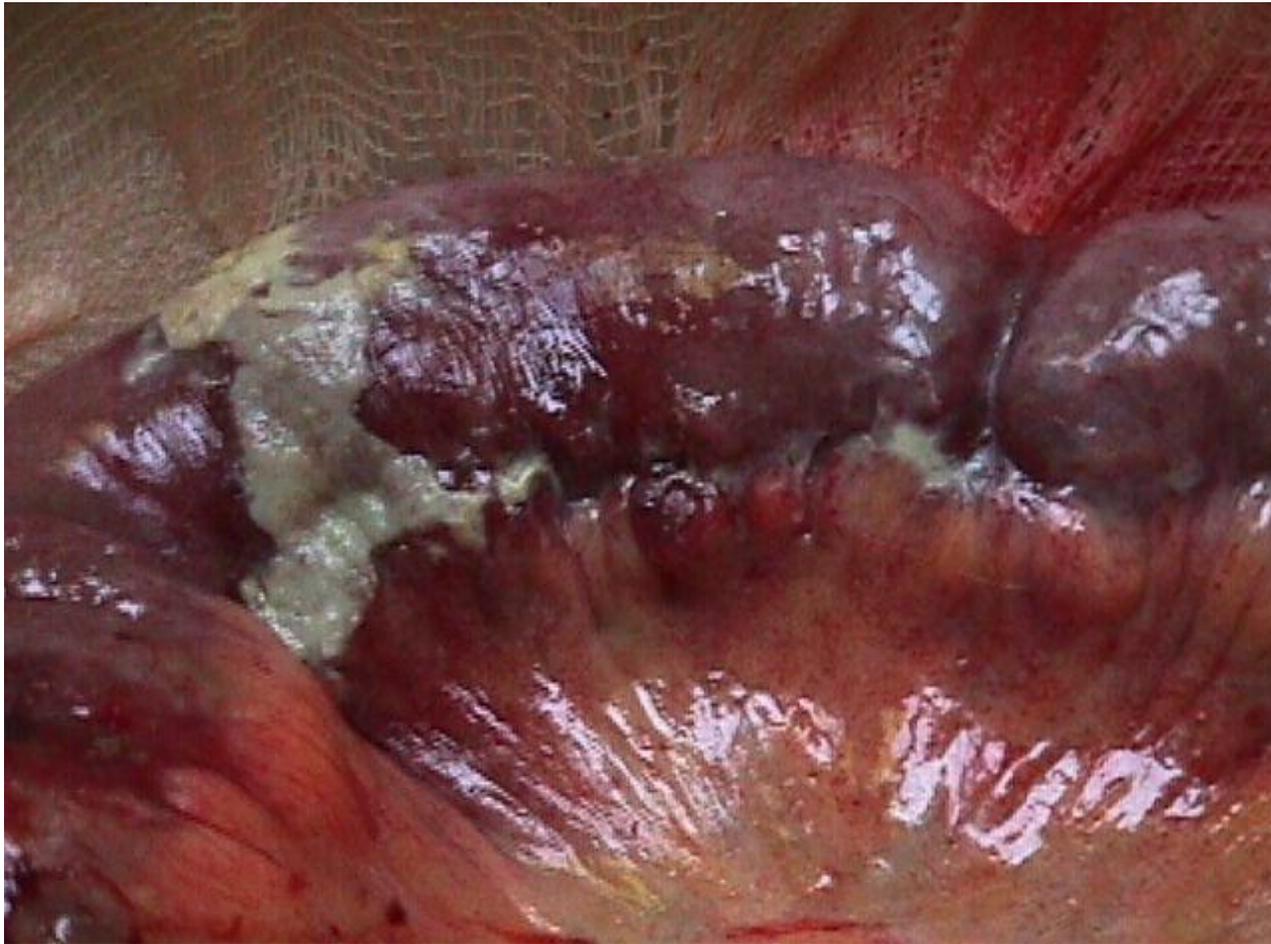
Перфоративная туберкулёзная язва тонкой кишки



Перфоративная туберкулёзная язва тонкой кишки



Перфоративная туберкулёзная и стенозирующая язвы тонкой кишки



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**

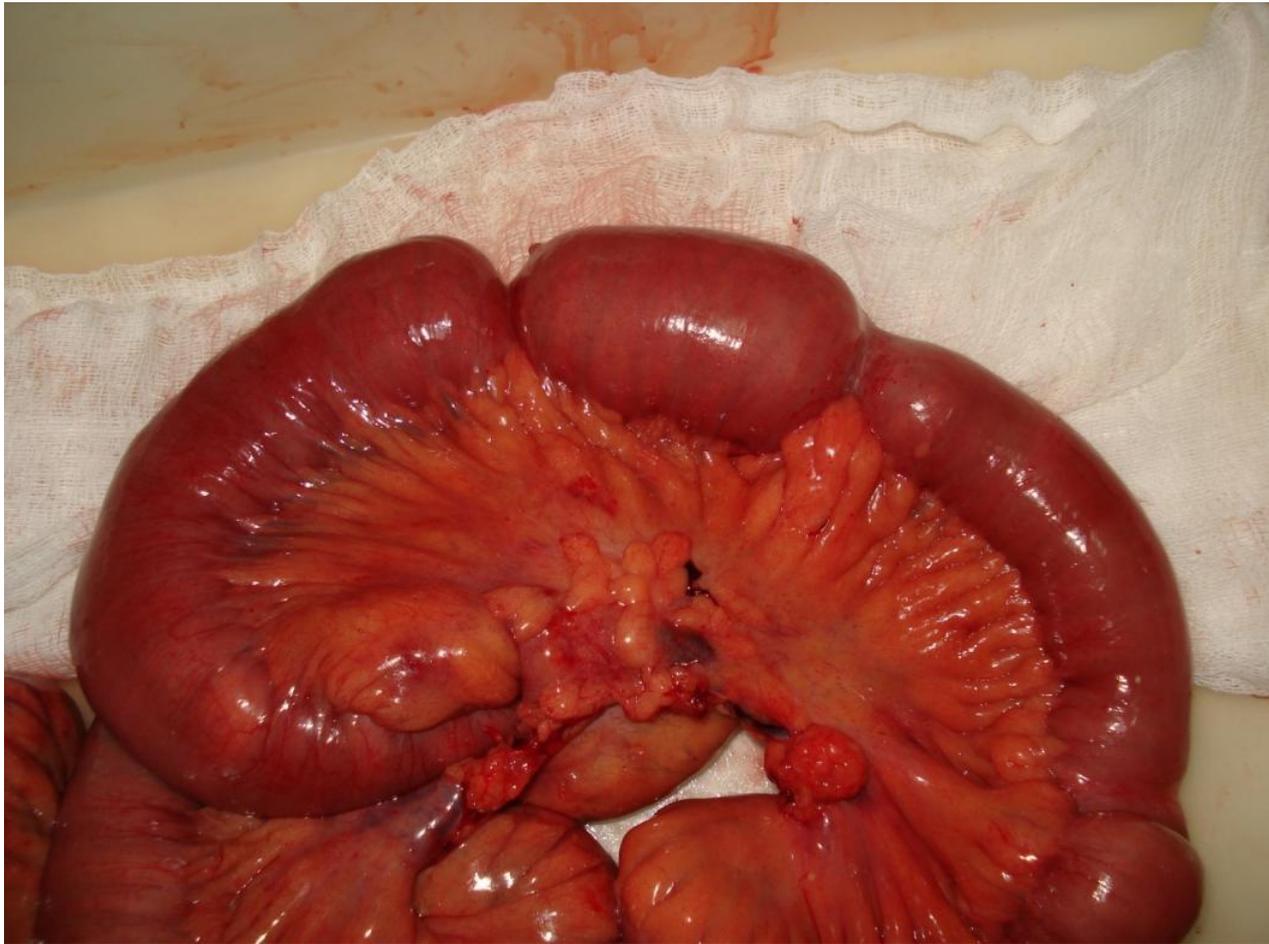
Стенозирующая туберкулёзная язва тонкой кишки



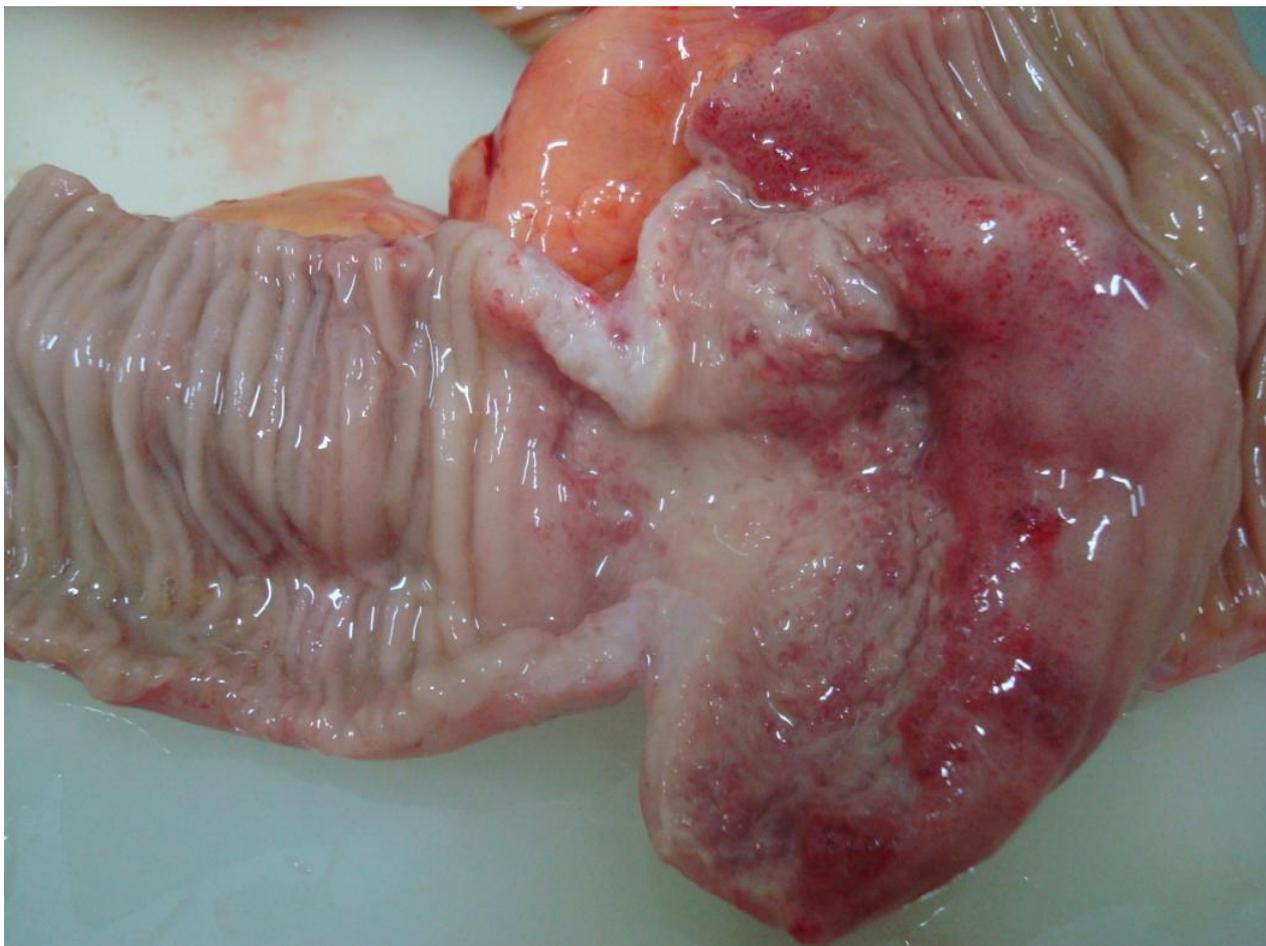
Стенозирующая туберкулёзная язва тонкой кишки



Множественные стенозирующие туберкулёзные язвы тонкой кишки



Стенозирующая туберкулёзная язва тонкой кишки



Операции при кишечной непроходимости, вызванной туберкулёзом органов брюшной полости

Стенозирующие туберкулёзные язвы кишечника:

- 1. Резекция тонкой кишки**
- 2. Правосторонняя гемиколэктомия**

Спаечная кишечная непроходимость:

Рассечение спаек

Плотные воспалительные конгломераты брюшной полости:

- 1. Наложение обходного анастомоза или выведение илеостомы**
- 2. Резекция тонкой кишки или правосторонняя гемиколэктомия (при небольших мобильных конгломератах)**

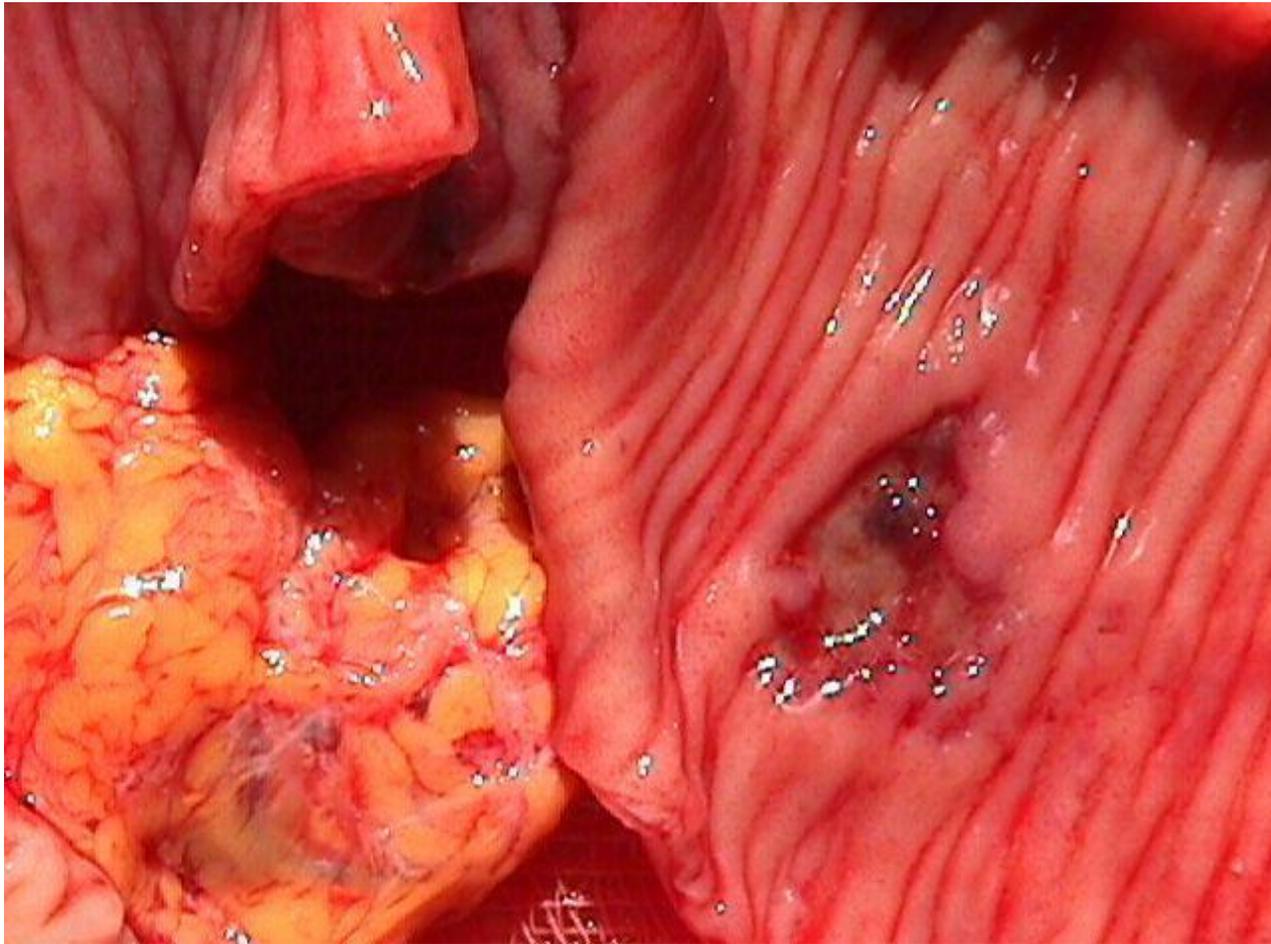
Кровотечения из туберкулёзных язв кишечника

- **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.**

**Множественные туберкулёзные язвы тонкой кишки,
осложнённые кровотечением
(кровь в просвете кишки).**



Туберкулёзная язва тонкой кишки с тромбированным сосудом.



Абсцедирующий туберкулёзный мезаденит – вскрытие и дренирование абсцессов



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.**

Благодарю за внимание!

8-499-268-28-10

8-499-268-66-00