

corpses. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2012;(5.1):41-59. (In Russian)]

9. Шевкуненко ВН. Атлас периферической нервной и венозной систем. Moscow: МЕДГИЗ; 1949. 345 с. [Shevkunenko VN. Atlas of peripheral nervous and venous systems. Moscow: MEDGIZ; 1949. 345 p. (In Russian)]

10. Шевкуненко ВН. Типовая анатомия человека. Л.; 1935. 232 с. [Shevkunenko VN. Typical anatomy of human. L.; 1935. 232 p. (In Russian)]

11. Tanner JM. Physical development. *British Medical Bulletin*. 1986;42(20):131-138.

12. Горбунов НС. Региональные особенности определения типа телосложения мужчин. *Морфологические ведомости*. 2008;1(12):148-149. [Gorbunov NA. Regional features of determining the type of physique of men. *Morphological Newsletters*. 2008;1(1-2):148-149. (In Russian)]

13. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика; 1999. 459 с. [Glantz S. Medico-biological statistics. Moscow: Practice; 1999. 459 p. (In Russian)]

Сведения об авторах

Русских Андрей Николаевич, к.м.н., доцент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2644788; e-mail: chegevara-84@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2548-8044>

Шабоха Анна Дмитриевна, к.м.н., ассистент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2644788; e-mail: tat_yak@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3462-962X>

Горбунов Николай Станиславович, д.м.н., профессор, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2644788; e-mail: gorbunov_ns@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4809-4491>

Шнякин Павел Геннадьевич, д.м.н., доцент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2644788; e-mail: shnyakinpavel@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6321-4557>

Медведев Федор Викторович, к.м.н., врач-хирург, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2644788; e-mail: medvedevfv@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8312-3860>

Author information

Andrey N. Russkikh, Cand.Med.Sci., Associate Professor, Professor V. F. Voyno-Yasenytsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2644788; e-mail: chegevara-84@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2548-8044>

Anna D. Shabokha, Cand.Med.Sci., Assistant, Professor V. F. Voyno-Yasenytsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2644788; e-mail: tat_yak@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3462-962X>

Nikolay S. Gorbunov, Dr.Med.Sci., Professor, Professor V. F. Voyno-Yasenytsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2644788; e-mail: gorbunov_ns@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4809-4491>

Pavel G. Shnyakin, Dr.Med.Sci., Associate Professor, Professor V. F. Voyno-Yasenytsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2644788; e-mail: shnyakinpavel@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6321-4557>

Fyodor V. Medvedev, Cand.Med.Sci., Surgeon, Professor V. F. Voyno-Yasenytsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2644788; e-mail: medvedevfv@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8312-3860>

Поступила 04.09.2017 г.
Принята к печати 13.02.2018 г.

Случаи из практики / Cases from practice



© МАКАРЕНКО Т. А., НИКИФОРОВА Д. Е., ГОДУНОВА Ю. Р., ШАРЫПОВА М. Б.

УДК 616.381-002.5:618.1

DOI: 10.20333/2500136-2018-2-90-93

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Т. А. Макаренко¹, Д. Е. Никифорова¹, Ю. Р. Годунова², М. Б. Шарыпова²

¹Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

²Клиническая больница №51, Железногорск 662971, Российская Федерация

Резюме. Статья посвящена довольно редкому, но высоко летальному заболеванию – перитонеальному туберкулезу. Сложность данной патологии заключается в трудностях диагностики, так как под абдоминальным туберкулезом могут маскироваться многие заболевания желудочно-кишечного тракта с неспецифической, стертой клинической картиной. В статье описан собственный случай перитонеального туберкулеза, диагностированный в гинекологическом стационаре.

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, перитонеальный туберкулез, туберкулезный перитонит, микобактерии туберкулеза, милиарный туберкулез, тубоовариальное образование.

Для цитирования: Макаренко ТА, Никифорова ДЕ, Годунова ЮР, Шарыпова МБ. Клинический случай перитонеального туберкулеза в гинекологической практике. *Сибирское медицинское обозрение*. 2018;(2): 90-93. DOI: 10.20333/2500136-2018-2-90-93

CLINICAL CASE OF PERITONEAL TUBERCULOSIS IN GYNECOLOGICAL PRACTICE

T. A. Makarenko¹, D. E. Nikiforova¹, Y. R. Godunova², M. B. Sharipova²

¹Professor V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

²Clinical Hospital № 51, Zheleznogorsk 662971, Russian Federation

Abstract. The article is devoted to a rather rare but highly lethal disease - peritoneal tuberculosis. The complexity of this pathology lies in the difficulties of diagnosis, since under abdominal tuberculosis many diseases of the gastrointestinal tract can be masked with a nonspecific, erased clinical picture. The article describes the case of peritoneal tuberculosis, diagnosed in a gynecological hospital.

Key words: extrapulmonary tuberculosis, peritoneal tuberculosis, tuberculous peritonitis, mycobacterium tuberculosis, miliary tuberculosis, tubo-ovarian formation

Citation: Makarenko TA, Nikiforova DE, Godunova YR, Sharipova MB. Clinical case of peritoneal tuberculosis in gynecological practice. *Siberian Medical Review*.2018;(2): 90-93. DOI: 10.20333/2500136-2018-2-90-93

Актуальность

Не смотря на значительные успехи в диагностике и лечении туберкулеза (ТБ), это заболевание в настоящее время по-прежнему остается серьезной проблемой здравоохранения. До настоящего времени имеются трудности и значительное количество ошибок в диагностике ТБ, поскольку эта патология традиционно ассоциируется с поражением легких, и невольно игнорируется реальность существования внелегочной локализации. По материалам аутопсий нефтизиатрических стационаров даже в странах с высоким уровнем медицинских технологий более половины случаев внелегочного ТБ прижизненно не распознается [1].

Абдоминальный ТБ является крайне редкой формой ТБ, встречается в 1 - 1,5 % случаев и определяется как процесс с вовлечением желудочно-кишечного тракта, брюшины, брыжейки, брюшных лимфоузлов, висцеральных органов (печень, поджелудочная железа и селезенка). В патогенезе данного заболевания принимают участие *Mycobacterium tuberculosis* – в 92 % случаев, *Mycobacterium bovis* – 5 %, *Mycobacterium africanus* – 3 % (передаются через непастеризованные молочные продукты). Возбудители ТБ проникают в брюшную полость тремя путями: 1) трансмурально из пораженной туберкулезом кишки или из мезентериальных лимфатических узлов; 2) из фаллопиевых труб; 3) гематогенно из отдаленного туберкулезного очага. Большинство пациентов при рентгенологическом исследовании не имеют признаков ТБ легких или желудочно-кишечного тракта, однако на аутопсии у подавляющего большинства обнаруживаются очаги ТБ в разных органах.

Отсроченная диагностика и лечение связаны с тем, что перитонеальный ТБ имеет неспецифическую клиническую картину, имитирует многие другие внутрибрюшные и инфекционные заболевания [1, 2]. Среднее время от начала клинических проявлений до постановки диагноза при перитонеальном ТБ составляет около 1 месяца. Если в течение первых 30 дней

пациентам не начато своевременное и этиотропное лечение, смертность достигает 60 % [3].

В диагностике этой формы заболевания помогают данные анамнеза о перенесенном ТБ, выявление пораженного туберкулезом органа, положительная проба Манту. Наиболее точные сведения о ТБ характере поражения дает лапароскопия с прицельной биопсией и посевом полученного материала. Однако положительный результат посева бывает менее чем в 50 % случаев. ПЦР биопсийного материала, полученного во время лапароскопии, является высокоспецифичным и чувствительным методом диагностики, который сокращает время постановки диагноза на 4-6 недель в сравнении с обычными микробиологическими анализами [4-6].

В журнале «Вестник Клинической больницы № 51» (Том V, № 6 (1) от 07.06.2016, стр. 33-37) описан клинический случай перитонеального туберкулеза у больной, госпитализированной в гинекологическое отделение. Учитывая то, что данный случай является достаточно редким, но с клинических позиций очень интересным, мы сочли необходимым привести его ниже с целью привлечения внимания акушеров-гинекологов к данной проблеме и необходимости включения туберкулеза в комплекс дифференциальной диагностики [7].

Собственный клинический случай. Пациентка С., 24 лет, 24.04.15 обратилась в приемно-диагностическое отделение многопрофильного стационара (ФГБУЗ КБ№51 ФМБА России) с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°С в течение 8 дней, общее недомогание. По поводу этих жалоб наблюдалась амбулаторно у терапевта с диагнозом ОРВИ, получала симптоматическую терапию. Амбулаторно была выполнена флюорография, при этом патологии не выявлено.

При обращении в стационар больная была осмотрена терапевтом, при осмотре: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧСС 92 в минуту, сердечные тоны ясные ритмичные, АД 125/75 мм.рт.ст. Живот

мягкий, безболезненный, перкуторно - притупление в боковых отделах живота. В анализах: Hb - 110 г/л, L - $3,9 \times 10^9$ к/л, СОЭ - 46 мм/час, билирубин 12,4 мкмоль/л, АЛТ - 49 Ед/л, АСТ - 55 Ед/л, глюкоза - 4,7 моль/л, анализ мочи: в пределах нормы, УЗИ брюшной полости: внутренние органы без эхопатологии, во всех отделах брюшной полости большое количество свободной жидкости (эхопризнаки асцита).

Больная с диагнозом: «Объемное образование брюшной полости?» была госпитализирована в терапевтическое отделение, где получала инфузионную, антибактериальную (Цефтриаксон 2,0 в сутки) терапию, мочегонные препараты, «Парацетамол» при гипертермии. Лечение - без положительной динамики. В связи с появлением болей в животе 26.04.15. была осмотрена дежурным хирургом и гинекологом. Выполнена обзорная рентгенография брюшной полости, при этом данных за острую кишечную непроходимость и наличие свободного газа не выявлено. Острая хирургическая патология была исключена. При осмотре гинекологом выявлены признаки воспаления слизистой влагалища (гиперемия, наличие обильных белей), болезненность при пальпации левых придатков и наличие объемного опухолевидного образования (без четких контуров, болезненного) в проекции правых придатков. Больная для дальнейшего обследования и лечения была переведена в гинекологическое отделение с диагнозом: «Острый аднексит. Тубоовариальное образование справа? Вагинит».

В течение последующих двух дней в гинекологическом отделении проводилось обследование: фиброгастроскопия, колоноскопия - патологии не выявлено. ЭХО сердца: данных за бактериальный эндокардит нет. УЗИ органов малого таза (27.04.15): матка размерами 3,9x3,0x4,3 см; эндометрий 4 мм, однородный; правый яичник 4,1x2,7x3,6 см ($V=20,0 \text{ см}^3$) с анэхогенными включениями 0,9-1,2 см в диаметре; левый яичник 3,9x1,9x2,1 см ($V=11,6 \text{ см}^3$) с анэхогенными включениями 0,7-1,0 см в диаметре, аномального кровотока в яичниках не выявлено; наличие свободной жидкости в малом тазу в большом количестве. RW, маркеры гепатитов, ВИЧ - «отрицательно». В анализах крови: удлинение АЧТВ до 71 сек, ПТИ - 67 %, АЛТ-88 Ед/л, АСТ-160 Ед/л, билирубин - 14,8 мкмоль/л; СРБ - 48 мг/л; СА-125 - 667,4 ед/мл. Цитологическое исследование асцитической жидкости (получена при кульдоцентезе) - мезотелий без атипии. Посев асцитической жидкости на флору роста не дал.

28.04.15 больная осмотрена консилиумом, в составе: хирурга, гинеколога, терапевта, онколога. Учитывая наличие асцита, резкое повышение уровня

онкомаркера СА-125 складывалось впечатление о наличии у больной рака яичников (проводилась дифференциальная диагностика с синдромом Бадда-Киа-ри). Было решено провести лапароскопию с биопсией яичников.

29.04.15 произведена операция: Диагностическая лапароскопия. Биопсия яичников, брюшины, сальника. Во время лапароскопии в верхних отделах брюшной полости выявлены множественные просовидные высыпания по брюшине, на серозной оболочке петель толстого и тонкого кишечника. Печень не увеличена, ее окраска обычная, высыпаний по поверхности печени нет. В брюшной полости визуализирована прозрачная асцитическая жидкость в большом количестве. Органы малого таза осмотру не доступны, так как на большом протяжении к передней брюшной стенке был подпаян сальник. Произведен адгезиолизис. При этом сальник ригидный, инфильтрирован, с мелкими просовидными высыпаниями, рыхло подпаян к правым придаткам, от которых отделен тупым путем. Обращало на себя внимание поражение брюшины малого таза и всех отделов брюшной полости мелкими просовидными высыпаниями.

При ревизии органов малого таза: матка маленькая, подвижная, на ее серозной оболочке - множество просовидных высыпаний. Маточные трубы с обеих сторон несколько утолщены, гиперемии нет, фимбрии свободны. Яичники с обеих сторон несколько увеличены за счет мелких кист, рельеф яичников обычный. На поверхности маточных труб и яичников с обеих сторон - множественные мелкие высыпания. В малом тазу большое количество асцитической жидкости. Произведена аспирация асцитической жидкости в количестве двух литров, выполнена биопсия яичников с обеих сторон, брюшины малого таза, сальника. Послеоперационный диагноз: Канцероматоз? Подозрение на милиарный туберкулез. Асцит.

Цитология асцитической жидкости - без атипии. Гистологическое заключение: ткань яичников обычного гистологического строения, в биоптатах сальника и брюшины - эпителиоидно-клеточные гранулемы, клетки Пирогова-Лангханса.

Больная была консультирована фтизиатром (29.04.15), рекомендовано проведение МСКТ легких, проба Манту, определение БК в асцитической жидкости. Посев асцитической жидкости на микобактерии туберкулеза - роста нет. МСКТ легких (30.04.15): в правом легком, в верхней и нижней долях (S1-2, S-6, S9, 10) выявлены множественные полиморфные очаги с нечеткими контурами на фоне интерстициальных изменений по типу матового стекла. Признаков деструкции, отсева в противоположное легкое

не выявлено. Картина инфильтративного туберкулеза правого легкого. Заключение: КТ-картина полисегментарной правосторонней пневмонии, которую необходимо дифференцировать с туберкулезом. МСКТ органов брюшной полости (30.04.15): асцит, более вероятно туберкулезной этиологии. Гепатоспленомегалия. Хронический холецистит.

С диагнозом: «Туберкулез брюшины, милиарная форма. МБТ (-). Острый токсический гепатит средней степени тяжести, печеночно-клеточная недостаточность» больная была переведена для дальнейшего лечения в стационар противотуберкулезного диспансера, где проводилась специфическая терапия с положительным эффектом. МСКТ органов грудной клетки в динамике (от 14.05.15 г.): отмечено полное рассасывание очаговых и интерстициальных изменений в правом легком, КТ – картина разрешившейся полисегментарной пневмонии.

05.10.15 пациентке произведено УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография органов грудной клетки, осмотр гинеколога – патологии не выявлено. Выписана домой в удовлетворительном состоянии под наблюдением участкового фтизиатра амбулаторно.

Заключение

Проблема своевременной диагностики внепочечных форм ТБ, а в частности перитонеального ТБ, является одной из самых актуальных проблем общеврачебной практики. Стертость клинической картины, сложность дифференциальной диагностики удлиняет время постановки диагноза, что напрямую коррелирует с тяжестью течения и прогрессированием заболевания. В описанном клиническом случае ТБ протекал под маской опухоли в брюшной полости и рака яичников. Активный диагностический поиск с привлечением врачей различных специальностей, а также применение современных диагностических методик позволили своевременно поставить диагноз и назначить специфическую терапию.

Таким образом, наряду с понятием онко-настороженности мы считаем необходимым ввести понятие «фтизио-настороженности», а ТБ включить в круг дифференциально-диагностического поиска в сложных клинических случаях. Использование современных технологий (лапароскопии со взятием прицельной биопсии, исследование полученного материала методом ПЦР) помогут сократить сроки постановки диагноза и своевременно начать специфическую терапию.

Литература / References

1. Siow SL, Sha1 HL, Wong CM. Wong Abdominal tuberculosis manifested as tuberculosis of the urachal

sinus in an adolescent and the role of laparoscopy in the management: a rare case report. *BMC Infectious Diseases*. 2016;(16):68. DOI 10.1186/s12879-016-1405-6

2. Gulhadiye A, Gulnar S, Arzu K. A case of tuberculous peritonitis in childhood. *Journal of Infection and Public Health*. 2015;8(4): 369-72. DOI: 10.1016/j.jiph.2015.03.004

3. Lee CY, Tsai HC, Lee SS-J, Sy C, Chen Y-S. Disseminated tuberculosis presenting as tuberculous peritonitis and sepsis tuberculosa gravissima in a patient with cirrhosis of the liver: A diagnosis of challenge. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2016;(49): 608-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmii.2013.12.008>

4. Jindal T, Kamal MR, Korean JK. Tuberculosis of the urachal cyst. *Journal of Internal Medicine*. 2013;28 (1):103-5. DOI: <https://doi.org/10.3904/kjim.2013.28.1.103>

5. Siow SL, Mahendran HA, Hardin M. Laparoscopic management of symptomatic urachal remnants in adulthood. *Asian Journal of Surgery*. 2015;38(2):85-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asjsur.2014.04.009>

6. Ozgur KM, Cemile S, Sultan CS. Evaluation of twenty-seven patients with tuberculous peritonitis. *Acta Medica Mediterranea*. 2016;32(1):11-16. DOI: 10.5505/actamedica.2016.46036

7. Гринь ЕН, Годунова ЮР. Случай туберкулезного перитонита в общемедицинской практике. *Вестник Клинической больницы № 51*. 2016;6(1):33-7. [Grin EN, Godunova J.R. Case of tubercular peritonitis in General practice. *Bulletin of Clinical hospital №. 51*. 2016;6(1):33-7. (In Russian)]

Сведения об авторах

Макаренко Татьяна Александровна, д.м.н., доцент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391) 2743174; e-mail: makarenko7777@yandex.ru

Никифорова Дарья Евгеньевна, аспирант, ассистент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391) 2743174; e-mail: dashsemch@mail.ru

Годунова Юлия Робертовна, заведующая отделением гинекологии, Клиническая больница № 51; адрес: Российская Федерация, 662971, г. Железногорск, ул. Павлова, 8; тел.: +7(3919)724777; e-mail: ushan_god@mail.ru

Шарыпова Марина Борисовна, врач акушер-гинеколог отделения гинекологии Клинической больницы № 51; адрес: Российская Федерация, 662971, г. Железногорск, ул. Павлова, 8; тел.: +7(3919)724777; e-mail: dusya46@yandex.ru

Author information

Tatyana A. Makarenko, Dr.Med.Sci., Associate Professor, Professor V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: + 7 (391) 2743174; e-mail: makarenko7777@yandex.ru

Darya E. Nikiforova, Postgraduate Student, Assistant, Professor V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: + 7 (391) 2743174; e-mail: dashsemch@mail.ru

Yuliya R. Godunova, The Head of the Department, Clinical Hospital № 51, Address: 8, Pavlov Str., Zheleznogorsk, Russian Federation 662971; Phone: + 7 (3919)724777; e-mail: ushan_god@mail.ru

Marina B. Sharypova, Obstetrician-Gynecologist, Clinical Hospital № 51; Address: 8, Pavlov Str., Zheleznogorsk, Russian Federation 662971; Phone: + 7(3919)724777; e-mail: dusya46@yandex.ru.

Поступила 14.06.2017 г.
Принята к печати 13.02.2018 г.