



Абдоминальный туберкулез у подростка – долгий путь к правильному диагнозу

Е.П. ШИЛОВА^{1,2}, Л.В. ПОДДУБНАЯ^{1,2}, А.А. БАРАНЧУКОВА¹, Т.И. ПЕТРЕНКО¹, Е.В. КУЛЬЧАВЕНЯ¹,
Т.С. ГЕЛЕСКУЛ²

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск, РФ

² ГБУЗ НСО «Государственная областная Новосибирская клиническая туберкулезная больница», г. Новосибирск, РФ

РЕЗЮМЕ

Клинические проявления абдоминального туберкулеза многообразны симптомами интоксикации и локального специфического поражения органов желудочно-кишечного тракта и/или других органов брюшной полости, что затрудняет своевременную диагностику. Приведен клинический случай длительных сроков диагностики абдоминального туберкулеза у подростка без ВИЧ-инфекции. Согласно заключительному диагнозу у девушки 14 лет был абдоминальный туберкулез (туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов), осложненный абсцедированием, а позже присоединился туберкулез органов дыхания (туберкулез внутригрудных лимфатических узлов всех групп с наличием единичных очагов в S1-2 слева и S4 справа). Отсутствие фтизиатрической настороженности у врачей различных специальностей, схожие клинические проявления с неспецифическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта явились причиной многомесячного наблюдения без эффективного лечения. Представлен подробный анализ ошибок.

Ключевые слова: туберкулез кишечника, внелегочный туберкулез, туберкулез у детей и подростков, биопсия мезентериальных лимфатических узлов, диагностическая лапароскопия, патоморфологическая верификация туберкулеза.

Для цитирования: Шилова Е.П., Поддубная Л.В., Баранчукова А.А., Петренко Т.И., Кульчавеня Е.В., Гелескул Т.С. Абдоминальный туберкулез у подростка – долгий путь к правильному диагнозу // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2026. – Т. 104, № 3. – С. 81–87. <http://doi.org/10.58838/2075-1230-2026-104-3-81-87>

Abdominal Tuberculosis in an Adolescent: A Long Journey to the Right Diagnosis

Е.П. SHILOVA², Л.В. PODDUBNAYA^{1,2}, А.А. BARANCHUKOVA¹, Т.И. PETRENKO¹, Е.В. KULCHAVENYA¹,
Т.С. GELESKUL²

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

² Novosibirsk State Regional Clinical Tuberculosis Hospital, Novosibirsk, Russia

ABSTRACT

Clinical manifestations of abdominal tuberculosis (TB) include diverse symptoms of intoxication and specific local lesions of the gastrointestinal tract and/or other abdominal organs, complicating its timely diagnosis. The article presents a clinical case of delayed diagnosis of abdominal TB in an HIV-negative 14-year-old girl. According to the final diagnosis, the patient had abdominal TB (TB of the intestines, peritoneum, and mesenteric lymph nodes) complicated by abscess formation and, subsequently, by the respiratory TB (TB of the intrathoracic lymph nodes of all groups with single foci in the left S1–2 and right S4). The lack of TB vigilance among clinicians of various medical specialties combined with clinical manifestations similar to non-specific gastrointestinal diseases resulted in several months of observation without effective treatment. A detailed analysis of the diagnostic errors is presented.

Keywords: intestinal tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, tuberculosis in children and adolescents, mesenteric lymph node biopsy, diagnostic laparoscopy, pathomorphological verification of tuberculosis.

For citation: Shilova E.P., Poddubnaya L.V., Baranchukova A.A., Petrenko T.I., Kulchavenya E.V., Geleskul T.S. Abdominal tuberculosis in an adolescent: a long journey to the right diagnosis. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2026, vol. 104, no. 3, pp. 81–87. (In Russ.) <http://doi.org/10.58838/2075-1230-2026-104-3-81-87>

Для корреспонденции:
Шилова Елена Петровна
E-mail: ftizio-23@yandex.ru

Correspondence:
Elena P. Shilova
Email: ftizio-23@yandex.ru

Введение

Показатель заболеваемости туберкулезом в Новосибирской области (НСО) снижается, в 2021 г. он составил 61,9 случая на 100 тыс. населения,

а в 2024 г. – 47,3, что выше среднероссийского в 1,7 раза (в РФ в 2024 г. – 26,9) [5]. Показатель заболеваемости внелегочным туберкулезом (ВЛТ) в НСО также имеет тенденцию к снижению: в 2021 г. составил 4,0 на 100 тысяч населения, в 2024 – 1,2 случая

[5]. Основными факторами, предрасполагающими к развитию ВЛТ, являются иммуносупрессия, тесный контакт с больным туберкулезом. Среди внелегочных форм туберкулеза как у детей, так и у взрослых преобладают костно-суставной туберкулез, туберкулез периферических лимфатических узлов и мочеполовой системы. Данных о частоте абдоминального туберкулеза у детей нет, а у взрослых он диагностируется в 2-15% от всех случаев внелегочного туберкулеза, и в основном ассоциируется с поздними стадиями ВИЧ-инфекции [1, 6, 8, 14]. Абдоминальный туберкулез – одна из форм ВЛТ, характеризующаяся наличием специфического воспалительного процесса в брюшной полости: органах пищеварения, брюшине, лимфатических узлах брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства. Клинические проявления абдоминального туберкулеза многообразны, продолжительность клинической манифестации при остром течении составляет 1-2 месяца, подостром – 3-6 мес., а при хроническом – более полугодия [1, 7, 14, 15]. Диагностика его затруднена из-за сходства клинических проявлений с неспецифическими заболеваниями и частым вовлечением в патологический процесс нескольких анатомических образований. Абдоминальный туберкулез более чем в трети случаев диагностируется на стадии осложнений в виде гнойного перитонита вследствие перфорации туберкулезных гастроинтестинальных язв; кишечной непроходимости, обусловленной инфильтратами стенок кишки, реже – спайками; изредка – развитием массивного кишечного кровотечения из туберкулезных язв. Данные проявления абдоминального туберкулеза почти всегда требуют экстренных хирургических вмешательств [1, 4]. Одной из форм абдоминального туберкулеза является мезаденит – специфическое воспаление мезентериальных лимфоузлов, расположенных в брыжейке кишечника. Заболевание сопровождается постепенным нарастанием симптомов, протекает длительно, хронически. Клиника отличается большим полиморфизмом. Отмечается интоксикация с развитием слабости, апатии, бледности кожных покровов, субфебрилитета. Жалобы на периодическую тошноту, рвоту, боль в животе, которая не имеет четкой локализации, бывает постоянной, усиливается после еды, при физической нагрузке, может быть тупой, ноющей, интенсивной в виде колик и напоминать картину острого живота. Для подтверждения туберкулезного мезаденита необходимы проведение комплексного клинико-лабораторного, бактериологического и рентгенологического исследований, иммунодиагностических тестов на туберкулез, осмотр хирурга. В неясных диагностических случаях показана лапароскопия с биопсией лимфоузлов для патоморфологического исследования [7, 8, 9, 11]. Туберкулезный мезаденит требует дифференциальной диагностики с острым аппендицитом, острым панкреатитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки,

мезентериальной формой лимфогранулематоза, но наиболее часто с острым неспецифическим мезаденитом. Неспецифический мезентериальный лимфаденит составляет около 10% от общего числа острой хирургической патологии, является частым заболеванием у детей, подростков и молодых людей, в 2 раза чаще встречается у девочек астенической конституции и пониженного питания [11, 12]. В клинике мезаденита отмечается абдоминальный болевой синдром, лихорадка, диспепсические явления в виде тошноты, рвоты, нарушения стула [12]. Именно мезаденит является наиболее частой клинической «маской» острого аппендицита в детском возрасте, диагностика которого требует диагностической лапароскопии [10].

Представляем клинический случай длительной диагностики туберкулеза множественных локализаций у ВИЧ-негативного подростка. Пациентка П. 17 лет поступила в детскую туберкулезную больницу ГБУЗ НСО ГОНКТБ 05.06.2024 г.

Анамнез жизни: родилась здоровым доношенным ребенком. Росла и развивалась по возрасту. Плановое наблюдение у педиатра. Профилактическими прививками привита по возрасту. Вакциной БЦЖ привита в роддоме, сформировался рубчик 5 мм. Аллергический анамнез не отягощен. Вредных привычек нет.

Эпидемиологический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Семья полная, проживает в благоустроенной квартире. Родители обследованы, при флюорографии легких патологии не выявлено; младшие 5 детей в семье здоровы. Материально-бытовые условия семьи удовлетворительные, питание домашнее.

Пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л до 6 лет не проводили, в 7 лет – папула 6 мм, вираж туберкулиновых проб, в 8 лет – папула 11 мм. По поводу положительных туберкулиновых проб направлялась к фтизиатру, но родители отказались от посещения врача. Реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (препарат диаскинтест) в 13 лет была положительной с папулой 10 мм, в 14 лет – 12 мм, в 15 и 16 лет – отрицательная, 20.04.2024 г. – папула 10 мм.

Анамнез настоящего заболевания: впервые обратилась к врачу в июле 2021 г. в возрасте 14 лет с жалобами на боль в животе, рвоту до 10 раз в сутки. Была госпитализирована 26.07.2021 г. в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит, диагноз был исключен. Затем в течение последующих трех лет девочка 6 раз поступала в хирургическое отделение с повторяющимися жалобами на боли в животе, рвоту (табл. 1). При каждой госпитализации проводилось комплексное обследование, диагностические лапароскопии, однако биоптаты при этом не брали. Девочка наблюдалась у педиатра, гастроэнтеролога, получала симптоматическое лечение. В 2024 г. при очередном обращении во время лапароскопии визуализиро-

ван абсцедирующий мезентериальный лимфоузел, 15.04.2024 г. выполнена лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, аппендэктомия, дренирование абсцесса. Послеоперационный диагноз: абсцедирующий мезаденит, тифлит, илеит, вторичный катаральный аппендицит. В послеоперационном периоде проведен курс антибактериальной терапии (цефтриаксон внутримышечно).

Результат посева из брюшной полости, содержимого абсцесса, отделяемого из раны на неспецифическую микрофлору 17.04.2024 г. – отрицательный. Гистологическое исследование фрагмента стенки абсцесса и лимфоузла: в присланном материале фрагмент жировой ткани, среди которой располагаются обширные очаги грануляционной ткани с полнокровными сосудами, неравномерно выраженным отеком, лимфо-плазмочитарным инфильтратом с примесью большого количества макрофагов, нейтрофилов. В структуре воспалительного инфильтрата определяются многоядерные гигантские клетки по типу клеток Пирогова-Лангханса. В некоторых полях зрения определяются небольшие очаги некроза, окруженные валом из гистиоцитов, лимфоцитов и плазмочитов. К одному из фрагментов грануляционной ткани прилежат массы тканевого детрита. Среди грануляционной ткани определяются гигантоклеточные гранулемы с некрозами в центре, часть гранулем в стадии организации. Микроскопия препарата с окраской по Цилю-Нильсену – кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены.

Патологоморфологическое заключение: поверхностный аппендицит; фрагменты жировой и грануляционной тканей с диффузным активным продуктивным воспалением и гигантоклеточной реакцией по типу клеток Пирогова-Лангханса, формирование гигантоклеточных гранул с некрозом в центре.

Компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) 17.04.2024 г. не выявила очаговых и инфильтративных изменений в легких, однако имелись плевро-диафрагмальные и плевроплевральные спайки в S6, S9, S10 сегментах с обеих сторон. Консультация фтизиатра 25.04.2024 г., убедительных данных за специфическое воспаление брыжеечных лимфоузлов нет.

Выписана домой 02.05.2024 г. в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Состояние после операции по поводу абсцедирующего мезаденита. Тифлит. Илеит. Вторичный катаральный аппендицит.

Через месяц в области послеоперационного рубца сформировался свищ, появилось отделяемое. Проведена лапароскопия, вскрытие и дренирование внутрибрюшной флегмоны. В связи с отсутствием положительной динамики на фоне проводимой антибактериальной терапии, учитывая данные биопсии, результаты иммунодиагностических тестов на туберкулез, пациентка повторно консультирована фтизиатром и переведена в туберкулезную больницу.

Жалобы при поступлении: снижение аппетита, слабость, быстрая утомляемость, тошнота в течение месяца, периодически многократная рвота, редкий малопродуктивный кашель. В течение года похудела на 10 кг. Данные объективного обследования при поступлении: рост – 161 см, масса тела – 45,5 кг, артериальное давление – 110/75 мм рт. ст., температура тела – 36,5°C, частота дыхания – 18 в минуту, частота сердечных сокращений – 88 в минуту. Общее состояние тяжелое, обусловленное симптомами интоксикации, течением основного заболевания. Сознание ясное. Пациентка нормостенического телосложения, пониженного питания, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, чистые, парорбитальный цианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Видимые слизистые чистые. Перкуторно легочный звук не изменен. Аускультативно дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий, не увеличен в объеме, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации дефанса нет. Пальпация эпигастральной области умеренно болезненная. В точке желчного пузыря болезненности нет, пузырьные симптомы отрицательные. В точках проекции головки и хвоста поджелудочной железы пальпация болезненная. Сигмовидная кишка пальпируется в виде тяжа диаметром 1,5-2 см, безболезненная. При пальпации восходящего отдела ободочной кишки до уровня пупка выраженная болезненность, пальпация нисходящего отдела безболезненная. Умеренная болезненность при пальпации слепой кишки. В области послеоперационного рубца пальпируется болезненное образование плотной консистенции. Мезентериальные лимфатические узлы не пальпируются. Пальпация места проекции брыжеечных лимфоузлов умеренно болезненная. Печень выступает на 0,5 см из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову 12*10*9 см. Рубцы после операций в подвздошных областях и в местах введения троакаров светло-розового цвета, свищевых отверстий нет. При аускультации живота выслушивается периодическая перистальтика кишечника. Стул в последние дни с периодичностью 1 раз в 2-3 дня, оформленный, коричневый, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,34 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 111 г/л, лейкоциты – $3,38 \times 10^9/л$, СОЭ – 23 мм/час, эозинофилы – 5%, нейтрофилы палочкоядерные – 4%, нейтрофилы сегментоядерные – 51%, лимфоциты – 30%, моноциты – 10%. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, билирубин общий – 47,6 мкмоль/л, билирубин прямой – 36,7 мкмоль/л, АЛТ – 178,3 ЕД/л, АСТ – 59,9 ЕД/л, щелочная фосфатаза – 551 ЕД/л (синдром холестаза). Тесты на ВИЧ, сифилис, маркеры гепатитов от 03.07.2024 г. – отрицательные. Иссле-

дование образцов мокроты, кала, мочи на кислотоустойчивые микобактерии методом люминесцентной микроскопии от 01.07.2024 и от 02.07.2024 г. – отрицательные. При проведении ПЦР мокроты, мочи ДНК МБТ не обнаружена. Посевы на МБТ (на плотные и жидкие среды) мокроты, мочи, кала – роста нет.

КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 28.06.2024 г.: печень увеличена, размеры 228×125×164 мм, с четкими и ровными контурами, внутривенные желчные протоки не расширены. Очаговых образований в печени не обнаружено. Желчный пузырь с ровными стенками, содержимое однородное. Форма и размеры поджелудочной железы не изменены, денситометрические показатели паренхимы не изменены, дольчатое строение сглажено. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка увеличена, размеры 84×54×118 мм, однородная по плотности. Почки обычно расположены, форма и размеры обычные, чашечно-лоханочная система не расширена. Патологических включений в почках нет. Мочеточники без особенностей. Форма и размеры надпочечников не изменены. Определяются увеличенные лимфатические узлы мезентериальной, парааортальной групп, достигающие в поперечнике до 17 мм. Отмечается неравномерное утолщение стенок слепой кишки до 6 мм. В условиях нативного сканирования складывается впечатление о наличии по внутренней поверхности слепой кишки мягкотканого образования с размерами 53×33×44 мм. Над входом в малый таз определяется жидкостный очаг с максимальной толщиной до 48 мм.

КТ ОГК 28.06.2024 г. (рис. 1): В S2 правого и в S6, S8 левого легких – очаги диаметром до 4 мм, плотностью до 65 HU, с недостаточно четкими контурами. В проекции субплевральных очагов видны плевро-костальные спайки без утолщения костальной плевры. Деструктивных изменений не выявлено. В S1-2 слева и в S5 справа – единичные субплевральные очаги диаметром до 4 мм, вероятно, фиброзного характера. Перифокально имеется локальная склеротическая деформация и участки снижения пневматизации легочного интерстиция по типу «матового стекла». Лимфоузлы верхней паравазальной, парааортальной, паратрахеальной, бифуркационной, перибронхиальной групп увеличены, достигают размера в поперечнике до 34,3 мм. В структуре наиболее крупных лимфоузлов определяются гиподенсивные участки без четкого отграничения от окружающих тканей.

По данным бронхоскопии описан двусторонний катарально-гнойный бронхит. УЗИ органов брюшной полости и почек: выраженный мезаденит с признаками деструкции узлов; свободная жидкость в полости малого таза в малом количестве. Фиброгастродуоденоскопия: хронический эрозивный гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс. Получены биоптаты из антрального отдела желудка, большой



Рис. 1. Пациентка П. КТ ОГК 28.06.2024 г. (описание в тексте)

Fig. 1. Patient P. Chest CT dated June 28, 2024 (described in the text)

кривизны. Патоморфологическое заключение: умеренно выраженный хронический эрозивный гастрит, умеренной степени активности.

На основании полученных данных был выставлен диагноз A19.8. Туберкулез множественных локализаций: абдоминальный туберкулез (с поражением кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов), активная фаза. МБТ (-). Туберкулез внутригрудных лимфоузлов, фаза инфильтрации, с наличием единичных очагов в S1-2 слева и S4 справа. ДН 0. МБТ (-). Осложнение: абсцесс правой подвздошной ямки, флегмона брюшной полости от 05.06.2024 г.

Сопутствующее заболевание: Эрозивный гастрит. Неэрозивный эзофагит. Дуоденогастральный рефлюкс. Недостаточность кардии 2 степени. Катарально-гнойный эндобронхит I стадии.

Сформирована противотуберкулезная терапия с включением препаратов резервного ряда (изониазид, этамбутол, амикацин, левофлоксацин, циклосерин), интенсивная фаза – 90 доз, затем фаза продолжения – 150 доз.

На фоне противотуберкулезного лечения достигнута положительная клинико-рентгенологическая динамика: через 2 месяца от начала терапии симптомы интоксикации и диспепсический синдром купированы, увеличилась масса тела, через восемь месяцев по данным КТ ОГК и брюшной полости отмечено значительное уменьшение размеров внутригрудных лимфатических узлов, рассасывание единичных очагов в легких, в брюшной полости – исчезновение инфильтративных изменений в стен-

ке слепой кишки, разрешение отечности висцеральной жировой клетчатки вокруг восходящего отдела ободочной кишки.

Комментарий

Данное наблюдение абдоминального туберкулеза с множественной локализацией у пациентки с ВИЧ-негативным статусом позволяет продемонстрировать сложности диагностики такого заболевания и обратить внимание на ошибки, допущенные при ведении пациентки (табл. 1). Так, в представленном случае при первичном обращении ребенка (в 14 лет) с учетом жалоб и клинической картины патологического процесса заподозрить туберкулезную этиологию заболевания было сложно из-за схожести клинических проявлений с неспецифическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Однако и при повторных обращениях не был проведен анализ анамнеза заболевания, не учтены как отсутствие эффекта от проводимой терапии,

так и повторяемость жалоб и госпитализаций. При этом проводилась диагностическая лапароскопия (в 2021 и 2023 гг.), при которой визуализировали воспаление и увеличение мезентериальных лимфатических узлов, но ни разу не была выполнена биопсия, соответственно, этиология илеоцекального мезаденита не была установлена. Также не были учтены результаты проб Манту 2ТЕ и с АТР на туберкулезную инфекцию, из которых следует: инфицирование МБТ произошло в 6-летнем возрасте, положительные пробы с АТР были в 13 лет, то есть за год до первого обращения к врачу. Факты указывают на отсутствие фтизиатрической необходимости врачей, наблюдавших девочку.

Согласно данным литературы, микробиологическое исследование на МБТ, а также ПЦР-диагностика дают положительный результат только в четверти случаев абдоминального туберкулеза (23%) [11, 14]. Наибольшее значение в верификации туберкулезной этиологии заболевания имеет морфологическое исследование биопсии из ме-

Таблица 1. Диагноз и тактика врачей – детских хирургов при обращении пациентки за медицинской помощью в хирургический стационар

Table 1. Diagnosis and management strategy of pediatric surgeons upon patient admission to the surgical ward

№	Дата госпитализации – дата выписки	Жалобы	Диагноз	Диагностическая тактика
11	26.07.2021 – 30.07.2021 гг.	Боль в нижних отделах живота, рвота до 10 раз в сутки.	Острый неспецифический мезаденит. Хронический поверхностный гастродуоденит. Дуоденогастральный рефлюкс	Лапароскопия. Биопсия не выполнена. Иммунологический тест на туберкулез (препарат диаскинтест) – выраженная положительная реакция.
22	15.07.2023 – 15.07.2023 гг.	Боль в эпигастрии, мезогастррии, внизу живота и в правой подвздошной области, тошнота, рвота до 5 раз в сутки.	Функциональное нарушение кишечника неуточненное	В госпитализации отказано
33	18.11.2023 – 28.11.2023 гг.	Боль в животе, тошнота, рвота.	Илеоцекальный мезаденит. Хронический гастрит, обострение.	Лапароскопия. Биопсия не выполнена. Рекомендовано наблюдение педиатра
44	05.01.2024 – 06.01.2024 гг.	Боль в эпигастрии, правой подвздошной области, тошнота.	Кишечная колика	Рекомендовано наблюдение педиатра
55	19.01.2024 – 19.01.2024 гг.	Боль в животе (эпигастрии, правой подвздошной области).	Мезаденит, рецидив. Хронический гастрит.	Рекомендовано наблюдение педиатра, прием ферментов поджелудочной железы
6	13.04.2024 – 02.05.2024гг.	Острая боль в животе, преимущественно в правой подвздошной области, тошнота, рвота до 10 раз в сутки.	Абсцедирующий мезаденит. Тифлит. Илеит. Вторичный катаральный аппендицит.	Экстренная диагностическая лапароскопия, затем лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, аппендэктомия, дренирование абсцесса. Патоморфологически – гранулемы с некрозом. Проба с АТР выраженная положительная. Консультация фтизиатра. Выписана для наблюдения в поликлинике.
77	04.06.2024 – 05.06.2024 гг.	Боль в животе, повышение температуры тела.	Абсцесс правой подвздошной ямки Внутрибрюшная флегмона.	Лапароскопия, вскрытие и дренирование внутрибрюшной флегмоны. Консультация фтизиатра.
88	05.06.2024 – 25.02.2025 гг.	Снижение аппетита, слабость, быстрая утомляемость, тошнота в течение месяца, периодически многократная рвота, редкий малопродуктивный кашель.	Туберкулез множественных локализаций (кишечник, брюшина и брыжеечные лимфатические узлы), туберкулезный илеотифлит, оментит, стадия ремиссии. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, фаза инфильтрации, ДН 0, МБТ (-).	Начата противотуберкулезная терапия

зентеральных лимфатических узлов, выявляющее гранулемы с наличием казеозного некроза, окруженные эпителиоидными клетками, гигантскими клетками Пирогова-Лангханса [2, 11, 13]. Абдоминальный туберкулез нередко сочетается с туберкулезом других локализаций, так, у каждого третьего больного позже поражаются и легкие, реже другие органы. В нашем случае абдоминальный туберкулез также сочетался с поражением органов дыхания. КТ ОГК пациентке была проведена через 3 года после появления абдоминальных симптомов.

Таким образом, при локализации воспалительного процесса в брюшной полости, особенно сопровождающегося рецидивирующим течением мезаденита и отсутствием клинической эффективности лечения неспецифическими антибиотиками, для правильной и своевременной диагностики этиологии заболевания важны не только лапароскопия, но и обязательно проведение биопсии для морфологического исследования, а также мультидисциплинарный подход к анализу анамнеза и данных обследования пациента.

Анализ данного клинического наблюдения позволил выделить ошибки, приведшие к поздней диагностике заболевания у пациента подросткового возраста.

1. Низкая фтизиатрическая настороженность врачей первичного звена оказания медицинской помощи.

2. При наличии положительных результатов иммунодиагностических тестов (в возрасте 6 лет и 13 лет) не проведено обследование на туберкулез согласно приказу Минздрава России № 951н от 29.12.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания».

3. Не проведена в полном объеме этиологическая верификация мезаденита, а именно не сделана биопсия увеличенных мезентериальных лимфоузлов (самого информативного метода верификации абдоминального туберкулеза) при проведении диагностических лапароскопий в 2021 и 2023 гг., когда уже имелись указания на илеоцекальный мезаденит.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арямкина О.Л., Савоненкова Л.Н. Абдоминальный туберкулез // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2008. – № 1. – С. 41-43.
2. Арямкина О.Л., Савоненкова Л.Н., Кузьмина О.А., Таланова О.С., Холева А.О. Хронические неспецифические заболевания при абдоминальном туберкулезе // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2014. – № 4. – С. 29-37.
3. Корейба Е.А., Корейба К.А. Абдоминальный туберкулез. Клинический случай // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17, № 8. – С. 129-132.
4. Круглякова Л.В., Кругляков С.В. Абдоминальный туберкулез в работе врача общей практики // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2018. – Выпуск 67. – С. 77-82.
5. Ленский Е. В. Абдоминальный туберкулез: трудности диагностики // Сибирский медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С. 5-11.
6. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном федеральном округе / ННИИТ, 2025. – 158 с.
7. Поддубная Л.В., Зырянова Т.В., Петренко Т.И., Кононенко В., Колпакова Т.А., Жукова Е.М. Туберкулез органов брюшной полости у больных туберкулезом легких // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – Т. 153, № 5. – С. 38-43.
8. Плоткин Д. В., Синицын М. В., Решетников М. Н., Харитонов С. В., Скопин М. С., Соколова И. А. Туберкулезный перитонит. «Забывтая» болезнь // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2018. – № 12. – С. 38-44.
9. Поддубная Л.В., Дубакова Г.Ф., Гелескул, Т.С. Шилова Е.П., Колпакова Т.А., Осипенко М.Ф., Никонов С.Д., Дробышева В.П. Абдоминальный туберкулез у ребенка раннего возраста (клиническое наблюдение) // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2023. – Т. 7, № 5. – С. 337-342.
10. Савоненкова Л.Н., Рузов В.И., Колчин Д.В. и др. Трудности и ошибки диагностики абдоминального туберкулеза в практике терапевта // Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91. – №. 11. – С. 21-24.
11. Скопин М.С., Батыров Ф.А., Корнилова З.Х. Распространенность туберкулеза органов брюшной полости и особенности его выявления // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – Том 84, № 1. – С. 22-26.

REFERENCES

1. Aryamkina O.L., Savonenkova L.N. Abdominal tuberculosis. *Gastroenterologiya Sankt-Peterburga*, 2008, no. 1, pp. 41-43. (In Russ.)
2. Aryamkina O.L., Savonenkova L.N., Kuzmina O.A., Talanova O.S., Kholeva A.O. Chronic non-specific diseases with abdominal tuberculosis. *Ulyanovsk Medico-Biological Journal*, 2014, no. 4, pp. 29-37. (In Russ.)
3. Koreyba E.A., Koreyba K.A. Abdominal tuberculosis. Clinical case. *Practical medicine*. 2019. vol. 17, no.8, pp. 129-132 (In Russ.).
4. Kruglyakova L.V., Kruglyakov S.V. ABDOMINAL TUBERCULOSIS IN THE GENERAL PHYSICIAN PRACTICE. *Bulletin Physiology and Pathology of Respiration*. 2018;(67):77-82. (In Russ.) https://doi.org/10.12737/article_5a9f25448168d6.40977490
5. Lensky E.V. Abdominal tuberculosis: difficulties in diagnosis. *Siberian Medical Journal*, 2006, no. 1, pp. 5-11. (In Russ.)
6. Key indicators of TB control activities in the Siberian and Far Eastern Federal Districts. Novosibirsk, NTRI., 2025, p. 158 p. (In Russ.)
7. 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. (In Russ.)
8. Plotkin DV, Sinitsyn MV, Reshetnikov MN, Kharitonov SV, Skopin MS, Sokolina IA. Tuberculous peritonitis. «Forgotten» disease. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2018;(12):38 44. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/hirurgia201812138>
9. Poddubnaya L.V., Dubakova G.F., Geleskul T.S., Shilova E.P., Kolpakova T.A., Osipenko M.F., Nikonov S.D., Drobysheva V.P. Abdominal tuberculosis in a baby (case report). *Russian Medical Inquiry*. 2023;7(5):337–342 (in Russ.). DOI: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-13
10. Savonenkova L.N., Ruzov V.I., Kolchin D.V., et al. Difficulties and mistakes in the diagnosis of abdominal tuberculosis in the practice of the general practitioner. *Therapeutic Archive*. 2019; 91 (11): 21–24. (In Russ.) DOI: 10.26442/00403660.2019.11.000374
11. Skopin M.S., Batyrov F.A., Kornilova Z.Kh. Prevalence of abdominal tuberculosis and features of its detection. *Problemy Tuberkuleza i Bolezney Legkikh*, 2007, vol. 84, no. 1, pp. 22-26. (In Russ.)

12. Сологуб Э.А., Карасева О.В., Тимофеева А.Г. Неспецифический мезадениит у детей (обзор литературы) // Педиатрическая фармакология. – 2013. – Том 10, № 1. – С. 18–25.
13. Холтобин Д.П., Анисимов Н.В. Абдоминальный туберкулез. Клиническое наблюдение и обзор литературы // Бюллетень медицинской науки. – 2022. – Т. 26, № 2. – С. 86–92.
14. Юсубова А.Н., Киселевич О.К., Богданова Е.В. Абдоминальный туберкулез у детей // Медицинский научный и учебно-методический журнал. – 2003. – № 13. – С. 3–13.
15. Eraksoy H. Gastrointestinal and Abdominal Tuberculosis // Gastroenterol Clin North Am. –2021. – Vol. 50, № 2. – P. 341–360.
12. Sologub E.A., Karaseva O.V., Timofeeva A.G. Non-specific mesenteric lymphadenitis in children (literature review). *Pediatric Pharmacology*, 2013, vol. 10, no. 1, pp. 18–25. (In Russ.)
13. Kholto bin D.P., Anisimov N.V. Abdominal tuberculosis. Clinical observation and review of the literature. *Bulletin of Medical Science*, 2022, vol. 26, no. 2, pp. 86–92. (In Russ.) DOI: 10.31684/25418475_2022_2_86
14. Yusubova A.N., Kiselevich O.K., Bogdanova E.V. Abdominal tuberculosis in children. *Meditsinskiy Nauchny i Uchebno-Metodicheskiy Zhurnal*, 2003, no. 13, pp. 3–13. (In Russ.)
15. Eraksoy H. Gastrointestinal and Abdominal Tuberculosis // Gastroenterol Clin North Am. –2021. – Vol. 50, № 2. – P. 341–360.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России 630091, Россия,
г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52,
Тел: + 7 (383) 343-12-65

Шилова Елена Петровна

Ассистент кафедры фтизиопульмонологии,
врач-фтизиатр ГБУЗ НСО «Государственная областная
Новосибирская клиническая туберкулезная больница»
E-mail: ftizio-23@yandex.ru

Поддубная Людмила Владимировна

Д. м. н., доцент, профессор кафедры фтизиопульмонологии,
врач-фтизиатр ГБУЗ НСО «Государственная областная
Новосибирская клиническая туберкулезная больница»
E-mail: ftizio-23@yandex.ru

Баранчукова Анжелика Анатольевна

К. м. н., доцент кафедры фтизиопульмонологии
E-mail: ftizio-23@yandex.ru

Петренко Татьяна Игоревна

Д. м. н., доцент, заведующая кафедрой
фтизиопульмонологии
E-mail: ftizio-23@yandex.ru

Кульчавеня Екатерина Валерьевна

Д. м. н., профессор кафедры фтизиопульмонологии
E-mail: ftizio-23@yandex.ru

ГБУЗ НСО Государственная областная «Новосибирская
клиническая туберкулезная больница» (ГОНКТБ)
630082, г. Новосибирск, ул. Вавилова, д. 14
Тел: + 7 (383) 225-59-81

Гелескул Татьяна Сергеевна

Врач-фтизиатр, заведующая филиалом
«Детская туберкулезная больница»
E-mail: ftizio-23@yandex.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny Ave.,
Novosibirsk, 630091, Russian Federation
Tel: +7 (383) 343-12-65.

Elena P. Shilova

Teaching Assistant, Department of Phthisiopulmonology,
Novosibirsk State Medical University; Phthisiologist,
Novosibirsk State Regional Clinical Tuberculosis Hospital
Email: ftizio-23@yandex.ru

Lyudmila V. Poddubnaya

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of
the Department of Phthisiopulmonology, Novosibirsk State
Medical University; Phthisiologist, Novosibirsk State Regional
Clinical Tuberculosis Hospital
Email: ftizio-23@yandex.ru

Anzhelika A. Baranchukova

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Department of Phthisiopulmonology
Email: ftizio-23@yandex.ru

Tatyana I. Petrenko

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Phthisiopulmonology,
Email: ftizio-23@yandex.ru

Ekaterina V. Kulchavenya

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Department of Phthisiopulmonology
Email: ftizio-23@yandex.ru

Novosibirsk State Regional Clinical Tuberculosis Hospital, 14,
Vavilova St., Novosibirsk, 630082, Russian Federation
Tel: +7 (383) 225-59-81

Tatiana S. Geleskul

Phthisiologist, Branch Head, Children's Tuberculosis Hospital
Email: ftizio-23@yandex.ru

Поступила 17.10.2025

Submitted as of 17.10.2025