

РЕДКИЕ СЛУЧАИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНЕЛЕГОЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Е. В. КУЛЬЧАВЕНЯ^{1,2}, С. О. ДУБРОВИНА³, И. И. ЖУКОВА⁴

RARE CASES OF EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS

E. V. KULCHAVENYA^{1,2}, S. O. DUBROVINA³, I. I. ZHUKOVA⁴

¹ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ФГБУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии» Минздрава России

⁴Новосибирский областной противотуберкулезный диспансер

¹Novosibirsk Research Institute of Tuberculosis, Ministry of Health of Russia, Novosibirsk, RF,

²Novosibirsk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Novosibirsk, RF,

³Rostov Research Institute of Obstetrics and Pediatrics, Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don, RF,

⁴Novosibirsk Regional Tuberculosis Dispensary, Novosibirsk, RF

Представлены три редких случая туберкулеза внелегочной локализации: туберкулеза плаценты, туберкулемы фаллопиевых труб, туберкулеза кожи с подкожной клетчаткой и с ожирением 4-й стадии. Проанализированы причины несвоевременного выявления туберкулеза внелегочных локализаций, подчеркнута необходимость постоянной настороженности в отношении туберкулеза со стороны врачей всех специальностей.

Ключевые слова: туберкулез, внелегочная локализация.

The paper describes three rare cases of extrapulmonary tuberculosis: placental tuberculosis, tuberculomas of the Fallopian tubes, tuberculosis of the skin and subcutaneous tissue, and Stage 4 obesity. It analyzes the reasons for the untimely detection of extrapulmonary tuberculosis and emphasizes that physicians of all specialties should be always alert to tuberculosis.

Key words: pulmonary tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis.

Туберкулез – системное инфекционное заболевание с множеством клинических проявлений. Безусловно, наиболее распространен туберкулез органов дыхания, при внелегочном туберкулезе могут поражаться любые органы и системы. До сих пор не описан туберкулез ногтей и волос.

На долю туберкулеза глаз в конце прошлого века в Сибири и на Дальнем Востоке приходилось 7,4%. С 2009 г. эта локализация туберкулеза в форме 8 статистических отчетов не учитывается вообще, поэтому сравнение можно провести только с 2008 г., когда было 4,4% заболевших туберкулезом глаз в структуре экстраторакальных форм туберкулеза. При этом в графе «прочие локализации» в 1999 г. указано 7,8% больных, в 2009 г. – 15,8%, а в 2011 г. – 13,9%. Именно эти «прочие локализации» вызывают наибольшие затруднения в диагностике туберкулезного поражения [1]. В литературе описаны туберкулезный тонзиллит [3], туберкулезный аденоидит [6], изолированный туберкулез вульвы [5], изолированный туберкулезный аппендицит [4]. Множественность проявления туберкулеза, возможность вовлечения в специфический инфекционно-воспалительный процесс любого органа, в том числе при интактных легких, эпидемическая опасность больного внелегочным туберкулезом подтверждают необходимость соответствующей настороженности у врача независимо от его медицинской специальности.

В отделении внелегочных форм туберкулеза ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России, наряду со стандартными для отделения подобного профиля больными урогенитальным и лимфоузловым туберкулезом, находились на лечении больные туберкулезом слюнной железы, перианальных желез, небных миндалин, желчного пузыря, кожи с подкожной клетчаткой, молочных желез, печени, селезенки, надпочечников, перикарда; интраоперационно был диагностирован туберкулезный аппендицит.

Представляем три случая редкой локализации туберкулеза:

1. История болезни Н., 62 года. Работал трактористом в животноводстве. Контакт с источником туберкулезной инфекции не установлен. О заболевании скота по месту работы не знает. Ранее туберкулезом не болел. Два года назад отметил увеличение лимфоузлов в подмышечной области справа, абсцедирование, образование свищей. В дальнейшем увеличились лимфоузлы в паховых областях, образовались свищи в промежности. Уролог, хирург, терапевт по месту жительства назначали повторные курсы неспецифической антибактериальной терапии, мажевые повязки, аутогемотерапию, рассасывающие препараты. Только после двух лет непрерывного неэффективного лечения был заподозрен туберкулез. При исследовании отделяемого свища

методом Циля – Нельсена обнаружены микобактерии туберкулеза в большом количестве.

При осмотре: рост 182 см, масса тела 145 кг. Состояние удовлетворительное. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, свисает в виде фартука, безболезненный. Справа в подмышечной области лимфоузел 3×4 см, эластичный, абсцедирующий. У корня мошонки множественные свищи с гнойным отделяемым желтоватого цвета. Параректально множественные рубцы, свищевые ходы с гнойным отделяемым, больше слева. Диагноз: туберкулез кожи и подкожной клетчатки, туберкулез периферических лимфоузлов, туберкулезный парапроктит, осложненный свищами, МБТ(+). Внешний вид пациента и очаги туберкулезного воспаления кожи с подкожной клетчаткой представлены на рис. 1 и 2.



Рис. 1. Внешний вид пациента Н.



Рис. 2. Туберкулез кожи и подкожной клетчатки, свищевая форма

2. История болезни А., 29 лет. В течение 11 лет наблюдалась по поводу первичного бесплодия; были диагностированы трихомониаз и хламидиоз, проведено лечение с клиническим эффектом. Туберкулезом ранее не болела, контакт с инфекцией установить не удалось. Самочувствие было хорошим, никаких жалоб, кроме отсутствия беременности, не предъявляла. При ультразвуковом исследовании в 2012 г. были обнаружены параовариальные кисты размером 19×10 и 17×12 мм. В матке, шейке матки и вагинальных fornix'ах патологические образования не определялись, влагалище также не было изменено. Больной выполнена лечебно-диагностическая лапароскопия, в ходе которой были обнаружены спаечный перитонит, первоначально расцененный как последствие перенесенного хламидиоза, и туберкулемы в ампулярной части фаллопиевых труб (рис. 3). Гистологически в резецированных тканях обнаружили значительное фиброзирование, туберкулезное воспаление с очагами некроза. При окрашивании по Цилю – Нельсену выявлены кислотоустойчивые микроорганизмы, методом ПЦР обнаружена ДНК *M. tuberculosis* в операционном материале, в то время как исследование эндометрия дало отрицательный результат.



Рис. 3. Туберкулема маточной трубы

3. История болезни Н., 24 года. Здоровая женщина, контакт с туберкулезной инфекцией не установлен, встала на учет по беременности при сроке 8-10 недель. Семья стандартно обследована на туберкулез, флюорографически патологических изменений в органах грудной клетки не установлено. Роды самопроизвольные в срок здоровым доношенным плодом, без каких-либо осложнений. Однако при исследовании плаценты выявлено казеозное туберкулезное воспаление с большим количеством микобактерий (рис. 4, 5).

При контрольном осмотре через 3 мес. ребенок здоров, у матери методом ультразвукового исследования обнаружен очаг обызвествления в правом яичнике, других изменений не выявлено.

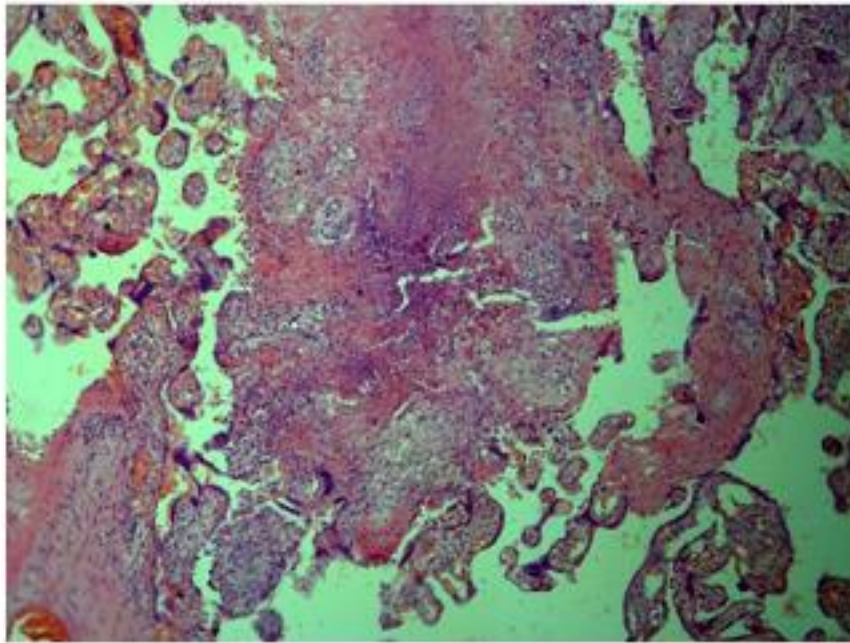


Рис. 4. Казеозное туберкулезное воспаление плаценты, $\times 100$, гематоксилин-эозин

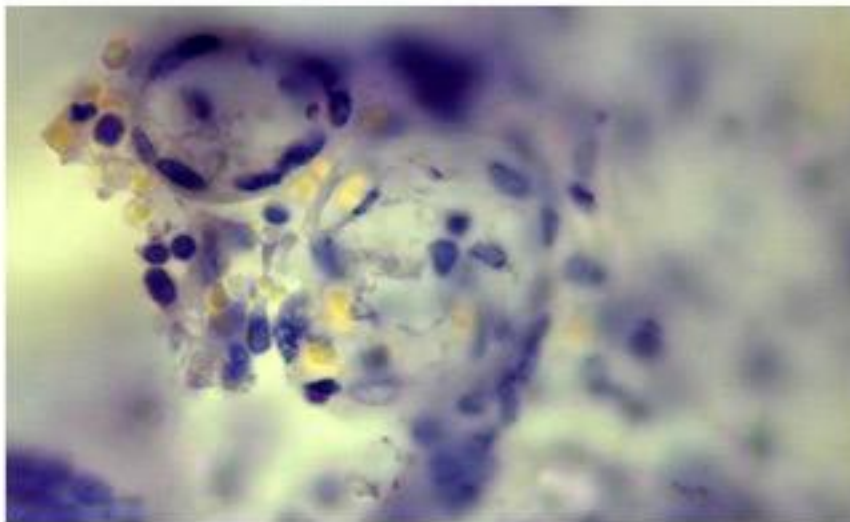


Рис. 5. Туберкулезные микобактерии в ткани плаценты

Заключение

Туберкулез внелегочных локализаций в большинстве случаев каких-либо специфических клинических проявлений не имеет. Нередко у значительной части больных диагноз туберкулеза устанавливают после хирургического вмешательства, выполненного в учреждениях общего профиля по поводу первоначально ошибочного диагноза. Туберкулез является одной из основных причин бесплодия, как мужского, так и женского [1]. Однако у пациентки из приведенного клинического наблюдения 2 в течение 11 лет лечения по поводу infertility ни разу не был заподозрен туберкулез. Туберкулез – заболевание, при котором инфекция может передаваться контактным путем при половом контакте [2]. В последнее время случаи

диагностирования туберкулеза шейки матки у половых партнеров больных туберкулезом участились.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кульчавеня Е. В., Краснов В. А. Избранные вопросы фтизиоурологии. – Новосибирск: Наука, 2010. – 142 с.
2. Щербань М. Н., Кульчавеня Е. В., Брижатюк Е. В. Диагностика, предупреждение и лечение нарушений репродуктивной функции у мужчин, больных туберкулезом легких // *Туб.* – 2010. – № 10. – С. 31-36.
3. Arief B. M., Nasyrov R. A., Baiburina N. A. et al. Tuberculosis of the pharyngeal tonsil in a child. [Article in Russian] // *Ark. Patol.* – 2012. – Vol. 74, № 6. – P. 35-38.
4. Elamurugan T. P., Sivashanker M., Kumar S. S. et al. Primary tuberculous appendicitis presented with caecal perforation: a case report // *Asian. Pac. J. Trop. Med.* – 2012. – Vol. 5, № 10. – P. 834-836. doi: 10.1016/S1995-7645(12)60154-0.
5. Nanjappa V., Suchismitha R., Devaraj H. S. et al. Vulval tuberculosis – an unusual presentation of disseminated tuberculosis // *J. Assoc. Physicians. India.* – 2012. – Vol. 60. – P. 49-52.
6. Patil C., Kharat Patil R., Deshmukh P. et al. Primary tuberculosis of nasopharynx (adenoid) – a rare presentation // *Asian. Pac. J. Trop. Med.* – 2013. – Vol. 6, № 3. – P. 246-248. doi: 10.1016/S1995-7645(13)60033-4.

REFERENCES

1. Kulchavenya E. V., Krasnov V. A. *Izbrannyye voprosy ftiziourologii*. [Some Aspects of Phthisiourology]. Novosibirsk, Nauka publ., 2010. 142 p.
2. Scherban M. N., Kulchavenya E. V., Brizhatyuk E. V. Diagnostics, prevention and treatment of reproductive disorders in men suffering from pulmonary TB. *Tub.*, 2010, no. 10, pp. 31-36. (In Russ.)
3. Arief B. M., Nasyrov R. A., Baiburina N. A. et al. Tuberculosis of the pharyngeal tonsil in a child. [Article in Russian]. *Ark. Patol.*, 2012, vol. 74, no. 6, pp. 35-38.
4. Elamurugan T. P., Sivashanker M., Kumar S. S. et al. Primary tuberculous appendicitis presented with caecal perforation: a case report. *Asian. Pac. J. Trop. Med.*, 2012, vol. 5, no. 10, pp. 834-836. doi: 10.1016/S19957645(12)601540.
5. Nanjappa V., Suchismitha R., Devaraj H. S. et al. Vulval tuberculosis – an unusual presentation of disseminated tuberculosis. *J. Assoc. Physicians. India*, 2012, vol. 60, pp. 49-52.
6. Patil C., Kharat Patil R., Deshmukh P. et al. Primary tuberculosis of nasopharynx (adenoid) – a rare presentation. *Asian. Pac. J. Trop. Med.*, 2013, vol. 6, no. 3, pp. 246-248. doi: 10.1016/S19957645(13)600334.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Кульчавеня Екатерина Валерьевна
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор,
630040, г. Новосибирск, Охотская, д. 81а.
Тел. 8 (383) 203-79-89.
E-mail: urotub@yandex.ru

Поступила 23.10.2014

ВНИМАНИЕ!

ПОДПИШИСЬ НА ЖУРНАЛ

«ТУБЕРКУЛЁЗ И БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ»

ЖУРНАЛ ВЫХОДИЛ ПОД НАЗВАНИЯМИ:

«Вопросы туберкулёза» (1923-1931 гг.)
«Борьба с туберкулёзом» (1932-1935 гг.)
«Проблемы туберкулёза» (1936-2003 гг.)
«Проблемы туберкулёза и болезней лёгких» (2003 г. – 06.2009 г.)

с 07.2009 г. журнал выходит под названием «ТУБЕРКУЛЁЗ И БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ»

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ОСНОВАН В МАЕ 1923 г.

ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ МОЖНО СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ:

1. По каталогу агентства «Роспечать» в любом почтовом отделении связи РФ
Индекс **71460** – для частных лиц; Индекс **71461** – для предприятий и организаций

2. На сайте агентства www.presscafe.ru

3. В отделе подписки издательского дома «НЬЮ ТЕРРА» (по безналичному расчету)
Тел.: (495) 223-71-01, e-mail: info@tibl-journal.com



Издатель: ООО «НЬЮ ТЕРРА»

129515, г. Москва, ул. Академика Королёва, д. 13, стр. 1

Тел.: (495) 223-71-01

e-mail: info@tibl-journal.com www.rus.tibl-journal.com