

**СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ВНЕЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА  
С БЕССИМПТОМНЫМ ТЕЧЕНИЕМ**

*Л. Т. НИКОЛАЯН, А. О. АЙРАПЕТЯН, Р. С. ПЕТРОСЯН, Н. Р. БЕГЛАРЯН*

**THE CLINICAL CASE OF ASYMPTOMATIC GENERALIZED  
EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS**

*L. T. NIKOLAYAN, A. O. AYRAPETYAN, R. S. PETROSYAN, N. R. BEGLARYAN*

НКО «Национальный центр по контролю туберкулеза» МЗ РА, Республика Армения

NGO National Center for Tuberculosis Control, Armenia Republic

Представлено клиническое наблюдение внелегочного полиорганного поражения туберкулезом с вовлечением позвоночника, урогенитальной и абдоминальной систем без клинических проявлений.

*Ключевые слова:* туберкулез, спондилит, почки, женские гениталии, мезаденит.

The article presents the clinical case of extrapulmonary multi-organ tuberculous lesion with involvement of the spine, urogenital and abdominal systems with no clinical manifestations.

*Key words:* tuberculosis, spondylitis, kidney, female genital organs, mesenteric adenitis.

Выявление внелегочных локализаций туберкулеза и, в частности, органов брюшной полости крайне затруднено и реализуется в сроки от 3 мес. до 2 лет от начала заболевания [1]. Запоздалое лечение данной патологии приводит к выраженным изменениям в полости малого таза и неблагоприятному прогнозу относительно репродуктивной функции [2].

В качестве примера генерализованного внелегочного туберкулеза приводится нижеописанный клинический случай.

Больная Л., 23 года, поступила в урологическое отделение Национального центра по контролю туберкулеза МЗ Республики Армения (НЦКТ МЗ РА) 13.10.2014 г. При поступлении пациентка жалоб не предъявляла. В анамнезе каких-либо инфекционных и других заболеваний не отмечала, в медицинские учреждения никогда не обращалась. Вредных привычек не имела. Контакт с больными туберкулезом не установлен.

Замужем четыре месяца, в течение которых беременность не наступила, что явилось поводом для обращения в медицинское учреждение Aspera Scan, где 04.10.2014 г. была проведена компьютерная томография брюшной полости и позвоночника.

Заключение радиолога: в брюшной полости пристеночно выявлено объемное образование жидкостного характера со сформированными местами обызвествленными (больше в верхних отделах) стенками размером 26,0 × 23,9 см. На дне малого таза определялась свободная жидкость (рис. 1). Выявлены также изменения в грудном отделе позвоночника: снижение высот межпозвонковых дисков

Th<sub>7-8</sub> и Th<sub>8-9</sub> с деструкцией тел Th<sub>8-9</sub> (рис. 2) и нарушением целостности фиброзного кольца.



Рис. 1



Рис. 2



Больная была направлена в НИЦКТ МЗ РА.

При поступлении пациентка была активна, телосложение правильное, рост – 164 см, масса тела – 59 кг, температура тела – 36,5°C. Периферические лимфоузлы не пальпировались. Видимые слизистые были без изменений. При осмотре позвоночника видимых деформаций, ригидности мышц не выявлено. Надавливание на остистые отростки безболезненное, движения свободные. В легких физическими методами обследования отклонений от нормы не выявлено. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС – 110 уд./мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови от 14.10.2014 г.: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты –  $3,94 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $3,8 \times 10^9$ /л, сегментоядерные лейкоциты – 52%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 37%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/ч.

В общем анализе мочи: относительная плотность – 1016, белок – 0,065‰, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 7-8 в поле зрения, эритроциты – сплошь в поле зрения, много бактерий.

При бактериоскопическом и бактериологическом исследовании в моче и отделяемом из цервикального канала (ОЦК) от 13.10.2014, 14.10.2014, 15.10.2014 г. микобактерии туберкулеза (МБТ) не обнаружены.

В биохимическом анализе крови от 14.10.2014 г.: общий белок – 85 г/л, мочевины – 4,52 ммоль/л, креатинин – 102,3 ммоль/л, калий – 4,19 ммоль/л, кальций – 10,6 ммоль/л.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ от 13.10.2014 г. положительная – папула 18 мм (туберкулиновые пробы ранее не проводили).

Рентгенография органов грудной клетки от 13.10.2014 г.: в легких видимых очагово-инfiltrативных изменений не выявлено. Левая граница сердца расширена. В плевральных полостях с обеих сторон определялось минимальное количество жидкости.

Рентгенография позвоночника от 13.10.2014 г.: остеосклероз, костный блок тел Th<sub>8-9</sub> грудных позвонков. На томограммах: полость деструкции в смежных отделах тел Th<sub>8-9</sub> грудных позвонков, костный блок, остеохондроз, кифоз (рис. 3).

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) от 14.10.2014 г.: органы брюшной полости, в целом, без особенностей; в брюшной полости определяется густая жидкостная масса с кальцинатами, занимающая практически всю левую половину. Гениталии: матка и левый яичник без особенностей, правый яичник представлен кистозной структурой (d – 5 см) с неровными стенками, в малом тазу – незначительное количество жидкости.

14.10.14 г. больная осмотрена торакальным хирургом, который воздержался от пунктирования плевральных полостей ввиду минимального количества выпота.

14.10.2014 и 30.10.14 г. проведены консультации гинеколога. Заключение: туберкулез придатков матки в фазе инфильтрации, туберкулезный полисерозит (двусторонний экссудативный плеврит, экссудативно-слипчивый перитонит), киста правого яичника.

15.10.14 г. пациентка была консультирована фтизиоортопедом. Заключение: туберкулезный спондилит Th<sub>8-9</sub> в фазе затишья с наличием остаточной полости с секвестром. Рекомендовано: противотуберкулезная терапия с ограничением нагрузки, наблюдение, в перспективе – оперативное лечение: санация остаточной полости Th<sub>8-9</sub>, секвестрэктомия.

На основании проведенного клинко-рентгенологического и лабораторного обследования установлен диагноз: генерализованный туберкулез с множественными локализациями: туберкулез женских гениталий (туберкулез придатков матки в фазе инфильтрации, киста правого яичника),

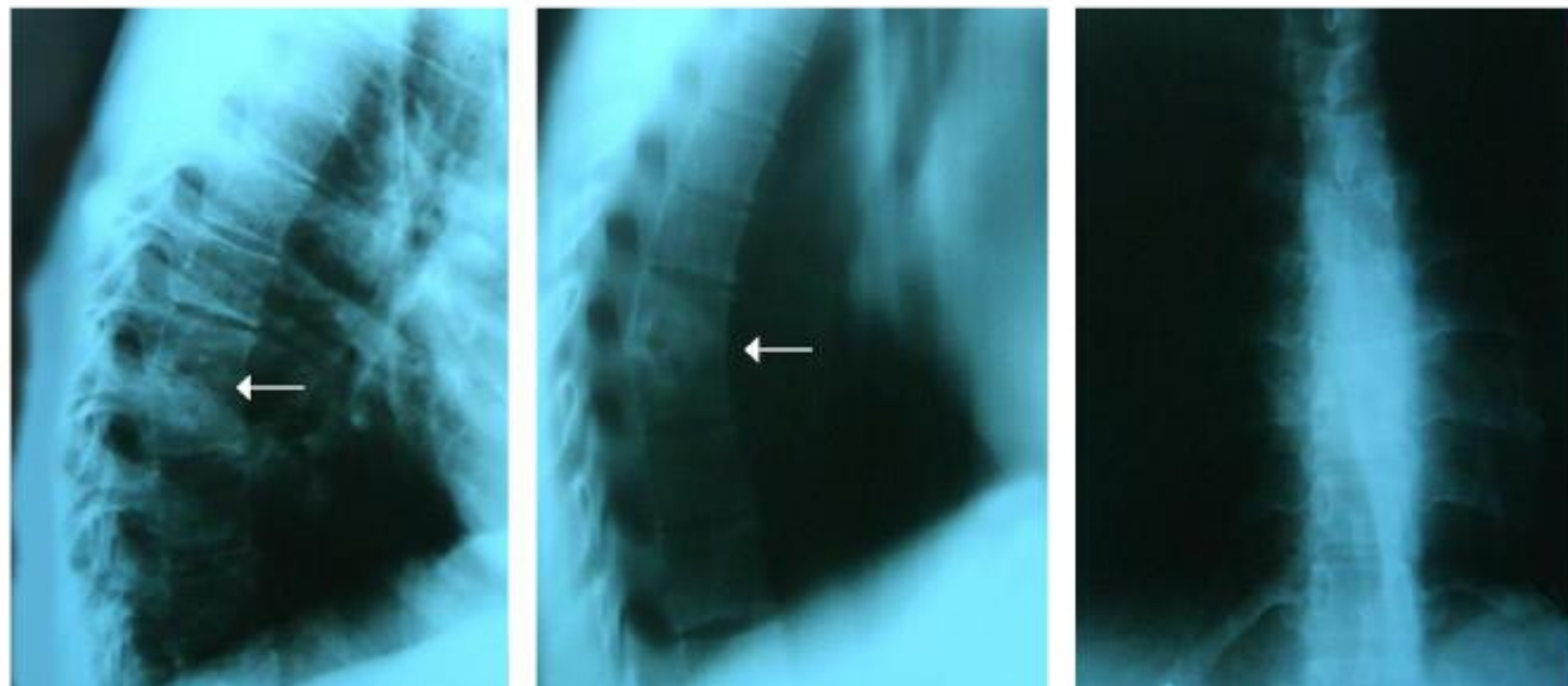


Рис. 3



туберкулез органов брюшной полости (экссудативно-слипчивый перитонит), туберкулезный полисерозит (двусторонний экссудативный плеврит), туберкулезный спондилит Th<sub>8-9</sub> в фазе затихания с наличием остаточной полости с секвестром. МБТ-.

С 14.10.2014 г. проводили стандартную химиотерапию по I режиму (H, R, Z, E).

04.12.14 г. проведена среднесрединная лапаротомия под общей анестезией. Вся левая половина брюшной полости и малый таз представлены абсцессом с мутным содержимым и крупными казеозными конгломератами. В брюшной полости – спаечный процесс, на брюшине – участки обызвествлений. Киста правого яичника. Левая маточная труба и яичник со связочным аппаратом – в спайках. Содержимое абсцесса эвакуировано (около 2 л мутной жидкости), капсула абсцесса с конгломератами удалена, разъединены спайки брюшной полости, удалена киста правого яичника. Для гистологического исследования взят биопсийный материал из правого яичника, сальника, а также мезентериальный лимфатический узел. Малый таз, левый и правый боковой каналы дренированы. Произведены промывание брюшной полости и гемостаз. Брюшная полость ушита послойно, наглухо.

При гистологическом исследовании в биоптатах от 04.12.2014 г. из брюшной полости (ткани правого яичника и сальника, мезентериальный лимфатический узел, содержимое абсцесса) выявлено туберкулезное воспаление с казеозом, кальцинатами и выраженным склерозом.

При молекулярно-генетическом исследовании асцитической жидкости и биоптата сальника от 04.12.2014 г. с использованием тест-системы GeneXpert MTB/RIF установлена устойчивость к рифампицину (R<sub>R</sub>), а спустя 1 мес. с применением метода посева в жидких средах в автоматизированной системе Bactec MGIT 960 получен рост *M. tuberculosis complex* (МБТ+) из биоптата сальника (06.01.2015 г.) с устойчивостью к рифампицину и изониазиду (R<sub>R</sub> H<sub>R</sub>).

Экскреторная урография от 10.12.14 г.: функция почек сохранена. Шейки всех групп чашечек удли-

нены. Чашечки сужены, деформированы. В среднем сегменте левой почки контрастируется полость. Картина папиллита с обеих сторон. Мочевой пузырь в норме (рис. 4).

После дополнительного обследования установлен окончательный диагноз – генерализованный туберкулез с множественными локализациями: туберкулез женских гениталий (туберкулез придатков матки в фазе инфильтрации, киста правого яичника); туберкулез органов брюшной полости (туберкулез мезентериальных лимфатических узлов, экссудативно-слипчивый перитонит, абсцесс); туберкулез мочевыделительной системы (туберкулез почек); туберкулезный полисерозит (двусторонний экссудативный плеврит); туберкулез костно-суставной системы (туберкулезный спондилит Th<sub>8-9</sub> в фазе затихания с наличием остаточной полости с секвестром). МЛУ (МБТ+).

Противотуберкулезное лечение после получения результатов молекулярно-генетического исследования (с 10.12.2014 г.) проводили по IV режиму химиотерапии (Z, Km, Lfx, Pto, Cs).

Течение послеоперационного периода соответствовало тяжести проведенной операции, осложнений не было, послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Больная выписана из НЦКТ 22.12.2014 г. в удовлетворительном состоянии с рекомендацией продолжить противотуберкулезное лечение по IV режиму химиотерапии под наблюдением фтизиатра по месту жительства.

16.04.2015 – 18.04.2015 г. больная была повторно госпитализирована в отделение лекарственно-устойчивых форм туберкулеза НЦКТ МЗ РА для проведения контрольного обследования.

Общее состояние больной на момент обследования хорошее, переносимость противотуберкулезных препаратов удовлетворительная. Больная активна, жалоб не имеет; масса тела – 60 кг, температура тела – 36,2°C. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Видимые слизистые без изменений. При обследовании позвоночника видимых деформаций и ригидности мышц нет. В легких



Рис. 4



при физическом обследовании отклонений от нормы не выявлено. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС – 76 уд./мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, мягкий, печень и селезенка не увеличены.

В клиническом анализе крови (16.04.2015 г.): гемоглобин – 110 г/л, эритроциты –  $3,39 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $5,0 \times 10^9$ /л, сегментоядерные лейкоциты – 56%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 40%, моноциты – 4%, СОЭ – 12 мм/ч.

В общем анализе мочи (16.04.2015 г.): относительная плотность – 1021, белок – 0,1‰, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – много в поле зрения, бактерии – в небольшом количестве.

При бактериоскопическом исследовании мочи и ОЦК от 16.04.2015 и 17.04.2015 г. МБТ не обнаружены; посев – в работе.

В биохимическом анализе крови (16.04.2015 г.): общий белок – 80 г/л, мочевины – 6,71 ммоль/л, креатинин – 62,0 ммоль/л, калий – 4,86 ммоль/л, АЛАТ – 8,9 ед/л, АсАТ – 21,5 ед/л.

ЭКГ от 16.04.2015 г.: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 75-85/мин, горизонтальное положение электрической оси сердца. Существенных изменений на ЭКГ не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки от 16.04.2015 г.: в легких видимых очагово-инfiltrативных изменений не выявлено. Левая граница сердца расширена. В правой плевральной полости определяется незначительное количество жидкости.

Рентгенография и томография позвоночника от 16.04.2015 г.: отмечаются частичное восстановление костной структуры Th<sub>8,9</sub> грудных позвонков, уменьшение размеров деструктивных полостей. Остеосклероз. Признаки формирования костного блока тел Th<sub>8,9</sub> грудных позвонков. Кифотическая деформация позвоночника (рис. 5).

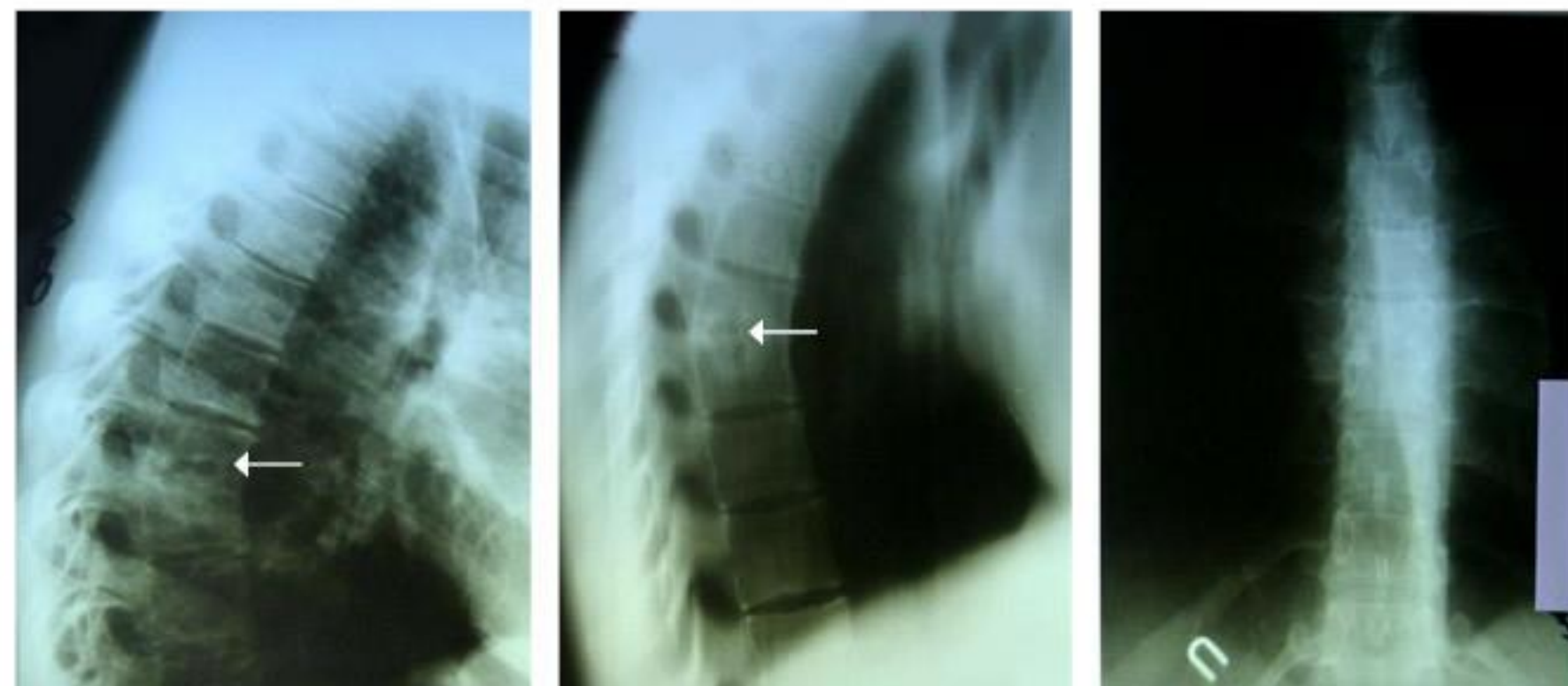


Рис. 5

УЗИ от 16.06.2015 г.: органы брюшной полости без особенностей; асцита нет. Гениталии: матка и левый яичник без особенностей, правый яичник – с фолликулярной кистой (d – 2,2 см).

Экскреторная урография от 18.04.15 г.: отмечается положительная динамика – улучшение функции правой и левой почек. Четче и рельефнее контрастируются чашечно-лоханочные системы обеих почек. Полость распада в левой почке на данный момент не визуализируется. Определяются мелкие кальцинаты по краям чашечек (рис. 6).

18.04.15 г. проведена повторная консультация фтизиоортопеда. Заключение: туберкулезный спондилит Th<sub>8,9</sub> в фазе затишья с наличием остаточной полости. Рекомендовано: продолжать противотуберкулезную терапию.

Таким образом, эффективность проведенной химиотерапии в интенсивной фазе лечения по данным клинических и параклинических методов обследования можно оценить как хорошую с учетом наличия лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза и множественной локализации туберкулезного процесса.

Больная выписана для продолжения противотуберкулезного лечения по IV режиму химиотерапии по месту жительства под наблюдением фтизиатра.

#### Заключение

В современных условиях неуклонный рост числа больных генерализованным туберкулезом связывают в основном с распространением эпидемии ВИЧ-инфекции [4, 5]. Данный случай демонстрирует атипичное (бессимптомное) течение хронического генерализованного туберкулеза с вовлечением в процесс нескольких органов и систем у ВИЧ не инфицированной больной с формированием вяло текущего абсцесса в брюшной полости



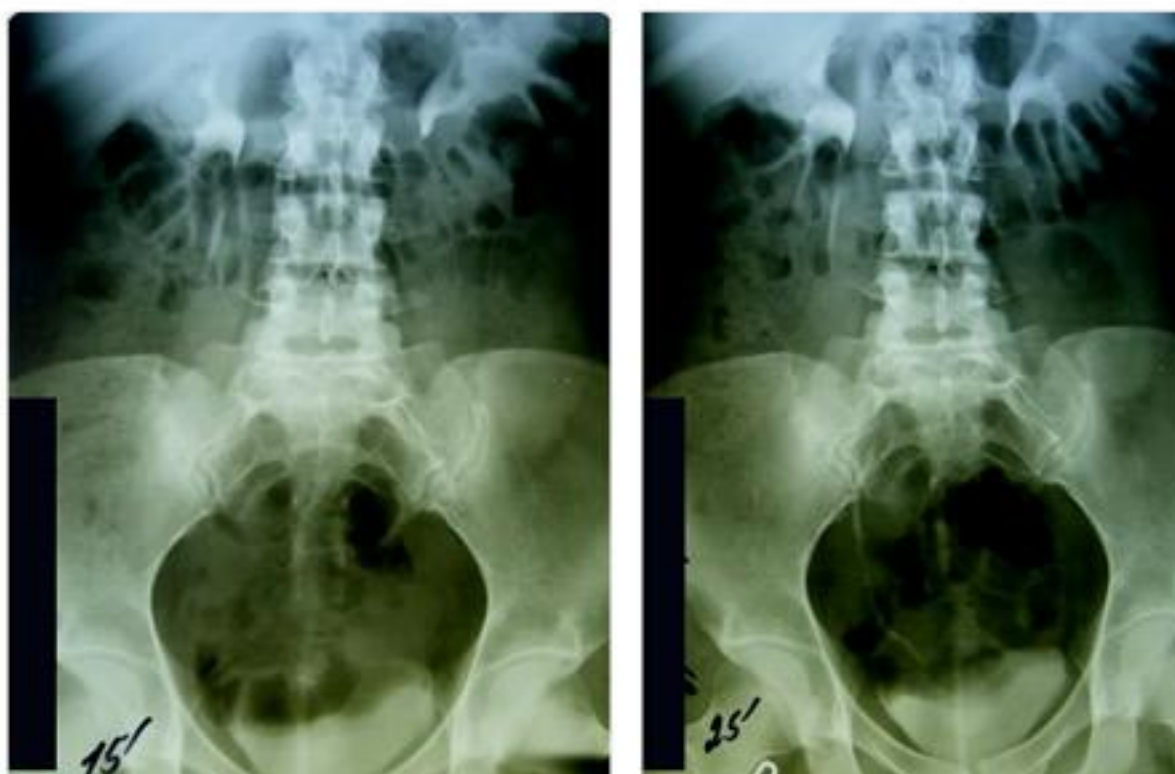


Рис. 6

с обызвествлением и образованием спаечного процесса в гениталиях, приведшего к первичному бесплодию. Интересно также, что сроки установления так называемого «первичного бесплодия» (всего 4 мес. от начала половой жизни) далеки от общепринятых, однако именно этот факт стал единственным поводом для обращения в медицинское учреждение и выявления генерализованного внелегочного туберкулеза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баринов В. С., Ариэль Б. М., Соловьева М. А. Комплексное обследование больных при подозрении на абдоминальный туберкулез с использованием малоинвазивных технологий // Туб. – 2011. – № 7. – С. 45-48.
2. Каюкова С. И., Макаров О. В., Демикова О. В., Корнилова З. Х. Проблемы своевременной диагностики туберкулеза женских половых органов // Туб. – 2011. – № 3. – С. 49-51.
3. Нечаева О. Б., Скачков В. В. Эпидемическая ситуация по внелегочному туберкулезу в Российской Федерации // Туб. – 2013. – № 8. – С. 3-9.
4. Пантелеев А. М., Савина Т. А., Супрун Т. Ю. Внелегочный туберкулез у ВИЧ-инфицированных // Пробл. туб. – 2007. – № 7. – С. 16-19.
5. Эйсмонт Н. В. Смертность больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией от различных, кроме туберкулеза, причин // Пробл. туб. – 2009. – № 4. – С. 54-59.

#### REFERENCES

1. Barinov V.S., Ariel B.M., Solov'eva M.A. Complex examination of patients when suspecting abdominal tuberculosis with the use of minimally invasive technology. *Tub.*, 2011, no. 7, pp. 45-48. (In Russ.)
2. Kayukova S.I., Makarov O.V., Demikhova O.V., Kornilova Z.Kh. Timely diagnostics of genital tuberculosis in female patients. *Tub.*, 2011, no. 3, pp. 49-51. (In Russ.)
3. Nechaeva O.B., Skachkov V.V. Epidemic situation on extrapulmonary tuberculosis in the Russian Federation. *Tub.*, 2013, no. 8, pp. 3-9. (In Russ.)
4. Panteleev A.M., Savina T.A., Suprun T.Yu. Extrapulmonary tuberculosis in HIV patients. *Probl. Tub.*, 2007, no. 7, pp. 16-19. (In Russ.)
5. Eysmont N.V. Mortality of tuberculosis patients with concurrent HIV-infection from various reasons apart from tuberculosis. *Probl. Tub.*, 2009, no. 4, pp. 54-59. (In Russ.)

#### ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

*Николай Любовь Татуловна*

*НКО «Национальный центр по контролю туберкулеза» МЗ РА, кандидат медицинских наук, доцент, советник директора по науке.*

*2201, г. Абовян, шоссе Арзни, д. 10.*

*Тел. +374 91900762.*

*E-mail: nikolayan@mail.ru*

Поступила 03.07.2015