

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.36-002.5

DOI 10.21292/2075-1230-2016-94-8-66-68

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИЗОЛИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕЧЕНИ

*Т. В. СЕРОВА, Т. А. ГАВРИЩУК, Г. В. АФОНИНА*

БУЗ ВО «Вологодский областной противотуберкулезный диспансер», г. Вологда

Приведен случай абдоминального туберкулеза – изолированного поражения туберкулезом печени. Диагноз установлен на основании компьютерной томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным усилением, гистологического исследования операционного материала и положительного результата на пробу с диаскинтестом.

Данное наблюдение показывает, какую трудность представляет диагностика абдоминального туберкулеза и обосновывает необходимость проведения как магнитно-резонансной томографии брюшной полости, так и компьютерной томографии органов брюшной полости с болюсным усилением, обращая особое внимание на лиц с длительной субфебрильной температурой, принадлежащих к группам риска по заболеванию туберкулезом.

*Ключевые слова:* туберкулез, печень.

### DIAGNOSTIC DIFFICULTIES OF THE ISOLATED LIVER TUBERCULOSIS

*T. V. SEROVA, T. A. GAVRISCHUK, G. V. AFONINA*

Vologda Regional TB Dispensary, Vologda, Russia

The article describes the case of abdominal tuberculosis – isolated tuberculous lesion of liver. The diagnosis was based on computer tomography of the abdomen and retroperitoneal space with bolus amplification, histological testing of surgery specimens and positive results of diaskintest.

This case proves the difficulties of abdominal tuberculosis diagnostics and it justifies the need to perform magnetic resonance tomography of the abdomen, and computer tomography of the abdomen with bolus amplification, special attention is to be paid to the patients with low-grade fever belonging to tuberculosis risk groups.

*Key words:* tuberculosis, liver.

Диагностика абдоминального туберкулеза из-за сходства клинических проявлений с другими неспецифическими заболеваниями органов брюшной полости чрезвычайно затруднена. Изолированное поражение одного органа встречается редко, чаще в специфический процесс вовлекается одновременно несколько анатомических образований [1-4]. Первичный туберкулез печени встречается крайне редко, как правило, у пациентов с заболеваниями, которые привели к существенному ослаблению иммунитета. За последние годы в Российской Федерации частота абдоминального туберкулеза колеблется от 3 до 16% среди других внелегочных локализаций туберкулеза, вместе с тем эти локализации чаще всего приводят к летальному исходу [4].

**Клиническое наблюдение.** Пациентка Д., 1961 г.р.

Образование высшее, имеет III группу инвалидности по общему заболеванию.

Жалобы: при поступлении на слабость, боли в области послеоперационных швов на передней брюшной стенке, повышенную потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Больной считает себя с начала 2012 г., когда стала отмечать повышение температуры тела периодически до 37,2-38,0°C. Обращалась за медицинской помощью к различным специалистам: терапевту, гинекологу, хирургу, онкологу. Проводимое неспецифическое лечение было неэффективным.

При ультразвуковом обследовании органов брюшной полости и почек – начальный жировой гепатоз; состояние после холецистэктомии; признаки хронического панкреатита; спленомегалия.

С учетом принадлежности пациентки к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом (сахарный диабет) обследовалась амбулаторно у фтизиатра противотуберкулезного диспансера в феврале 2012 г. и мае 2013 г. – флюорография органов грудной клетки, реакция Манту с 2 ТЕ, исследование промывных вод бронхов и мочи на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) бактериоскопией, данных за туберкулез не находили.

Из анамнеза жизни установлено, что пациентка страдает сахарным диабетом 2-го типа несколько лет, артериальной гипертензией 1-й ст., псориазом, артритом с юности, переболела гепатитом А в 20-летнем возрасте, выполнена холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни. Туберкулезный учет и туберкулезный контакт отрицает. На протяжении 2 лет периодически отмечались эпизоды повышения температуры тела от 37,0 до 38,0°C.

При очередном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в 2014 г. выявлено объемное гипоэхогенное образование в правой доле печени с относительно неровным, нечетким контуром размером 82 × 74 мм, гиповаскулярное. На магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости от февраля 2014 г. картина объемного об-

разования правой доли печени (наиболее вероятно кавернозная гемангиома, нельзя полностью исключить ВЛ), без признаков перифокального отека, размером  $8,1 \times 7,7 \times 5,8$  см.

Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастным усилением от июня 2014 г. показала наличие объемного гиподенсивного образования, расположенного подкапсульно в S-7 печени, размером  $80 \times 56 \times 60$  мм, умеренную гепатомегалию и увеличенные многочисленные парааортальные и паракаваальные лимфоузлы до 11 мм в поперечнике.

КТ-данных за гемангиому – нет. Компьютерная томография органов грудной клетки от июня 2014 г. – признаки пневматоцеле в нижней доле правого легкого.

Оперирована в областном онкодиспансере в июле 2014 г. – трисегментэктомия 6 + 7 + 8 печени. Удален фрагмент печени  $15 \times 8 \times 9$  см с узлом диаметром 7,0 см с неровным краем, желтоватый, дряблый, с зеленоватыми пробками.

Гистологическое исследование: в печени крупный гранулематозный инфильтрат, состоящий из крупных сливных очагов казеозного некроза, часть из них с абсцедированием, окруженных валом из эпителиоидных клеток, выявлены единичные гигантские многоядерные клетки типа Пирогова – Лангханса (гранулемы туберкулоидного типа). Выписана с диагнозом – хронический абсцесс правой доли печени.

Объективная картина при поступлении: общее состояние относительно удовлетворительное. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС = 70, АД = 120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. При перкуссии над легкими ясный легочный звук. Живот мягкий безболезненный, на передней брюшной стенке два послеоперационных рубца. Печень, почки, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания поясничной области – отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления – стул оформленный ежедневно, мочится свободно, безболезненно.

**Данные обследования.** Анализ крови общий: СОЭ – 60 мм/ч, лейкоциты –  $7,8 \times 10^3$ /мм<sup>3</sup>, эритроциты –  $3,73 \times 10^6$ /мм<sup>3</sup>; гемоглобин – 11,2 g/dl; mcv – 72; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 64%; эозинофилы – 2%; лимфоциты – 20%; моноциты – 9%.

При многократном исследовании отделяемого из послеоперационной раны на МБТ всеми методами результаты отрицательные.

Проба с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении (диагностическая) – папула 6 мм. Флюорография органов грудной клетки от августа 2014 г. – без видимых очаговых изменений в легких.

На основании данных компьютерной томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастным усилением, гистологического исследования операционного материала, положительного результата пробы с диаскинтестом, принадлежности пациентки к группе риска был установлен диагноз: абдоминальный туберкулез. Туберкулез печени по типу туберкулемы с абсцедированием, гистологически подтвержденный. Состояние после операции – трисегментэктомия 6 + 7 + 8 печени от июля 2014 г. 1А гр. МБТ(-).

При дообследовании данных за туберкулезное поражение в других органах и системах не выявлено.

Лечение пациентки противотуберкулезными препаратами проводилось в индивидуализированном режиме в связи с тем, что после приема 7 доз комбинации препаратов по первому режиму химиотерапии у больной развилась гепатотоксическая реакция: появились головные боли, тошнота, иктеричность кожных покровов, а уровень биохимических показателей крови – билирубина и трансаминаз – повысился (общего билирубина – до 88,93 ммоль/л; прямого – до 63,9 ммоль/л; непрямого – до 25,3 ммоль/л; АЛТ – до 430 е/л; АСТ – до 410 е/л).

Далее у пациентки развился лекарственный гепатит. В лечении использовали рифампицин, изониазид, пиразинамид, амикацин, офлоксацин. Интенсивная фаза лечения 4 противотуберкулезными препаратами 60 доз; в фазу продолжения лечения получала три противотуберкулезных препарата. В связи с лекарственным гепатитом противотуберкулезные препараты временно были отменены. На протяжении всего курса лечения использовали гепатопротекторы (Эссенциале-форте, карсил). На фоне специфического лечения повышения температуры тела не отмечалось.

С момента выявления туберкулеза органов брюшной полости больная переведена на инсулинотерапию. Основной курс лечения составил 10 мес. При амбулаторном обследовании в конце лечения и через 6 мес. по окончании лечения состояние удовлетворительное, пациентка жалоб не предъявляла.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости от сентября 2014 г. определялась подкапсульная гематома в правой доле печени со стороны диафрагмальной поверхности размером  $6,5 \times 4,5$  см, а от апреля 2015 г. (через 8,5 мес. после операции) и сентября 2015 г. (через 1 год 2 мес. после операции) определялось состояние после частичной резекции правой доли печени и состояние после холецистэктомии, в динамике отмечается лизис подкапсульной гематомы.

При контрольной компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастным усилением органов брюшной полости и забрюшинного пространства от декабря 2014 г. (через 4,5 мес. после

оперативного лечения) определялись состояние после холецистэктомии, трисегментэктомия 6 + 7 + 8 печени, ограниченное скопление жидкости по нижнему краю правой доли печени, утолщенный передний листок фасции Героты справа.

Таким образом, данное клиническое наблюдение свидетельствует о трудностях диагностики изолированного поражения органа при абдоминальном туберкулезе.

Использование компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастным усилением органов брюшной полости и забрюшинного пространства и гистологическое исследование операционного материала в конечном итоге позволили поставить диагноз внегочного туберкулеза печени. Данное клиническое наблюдение также позволит отметить необходимость тщательного обследования лиц, принадлежащих к группам риска по заболеваемости туберкулезом, при наличии у них длительной субфебрильной температуры.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баринов В. С. Абдоминальный туберкулез // Внегочный туберкулез. руководство для врачей / под ред. А. В. Васильева. – СПб.:ИКФ «Фолиант», 2000. – С. 172-184.
2. Баринов В. С., Прохорович Н. А. Роль хирургических методов в диагностике и лечении туберкулеза лимфатических узлов и органов брюшной полости // Материалы VII Российского съезда фтизиатров, Москва, 3-5 июня, 2003.
3. Васильев А. В. Актуальные проблемы помощи больным внегочным туберкулезом // Внегочный туберкулез – актуальная проблема здравоохранения. – СПб., 1997. – С. 10.
4. Корнилова З. Х., Зубань О. Н., Батыров С. А. и др. Методы комплексной диагностики и использование новых медицинских технологий в лечении абдоминального туберкулеза: Метод. пособие для врачей. – М., 2013. – С. 3-16.

#### REFERENCES

1. Barinov V.S. Abdominalny tuberkulez. Vnelegochny tuberkulez. Rukovodstvo dlya vrachej. [Abdominal tuberculosis. Extrapulmonary tuberculosis. Doctors' guidelines.]. Ed. by A.V. Vasiliev, St. Petersburg, IKF Foliant Publ., 2000, pp. 172-184.
2. Barinov V.S., Prokhorovich N.A. Role of surgical methods in diagnostics and treatment of tuberculosis of lymphatic nodes and abdomen. *Materialy VII Rossiyskogo S'ezda Ftiziatrov*. [Abstract Book of VII Russian TB Doctors Conference]. Moscow, June 3-5, 2003. (In Russ.)
3. Vasiliev A.V. Aktualnye problemy pomoschi bolnym vnelegochnym tuberkulezom. Vnelegochny tuberkulez – aktualnaya problema zdavookhraneniya. [Actual issues of care for extrapulmonary tuberculosis patients. Extrapulmonary tuberculosis – actual health care issue]. St. Petersburg, 1997, pp. 10.
4. Kornilova Z.Kh., Zuban O.N., Batyrov S.A. et al. *Metody kompleksnoy diagnostiki i ispolzovanie novykh meditsinskikh tekhnologiy v lechenii abdominalnogo tuberkuleza. Metod. posobie dlya vrachej*. [Integral diagnostic techniques and using new medical technologies for treatment of abdominal tuberculosis. Doctors' guidelines]. Moscow, 2013, pp. 3-16.

#### ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

БУЗ ВО «Вологодский областной противотуберкулезный диспансер»,  
160022, г. Вологда, Пошехонское шоссе, д. 36.  
Тел. и факс: 8 (8172) 71-26-95, 8 (8172) 71-94-57.  
E-mail: guzvozd@yandex.ru

**Гавришук Татьяна Александровна**  
кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории по специальностям «Фтизиатрия» и «Организация здравоохранения и общественное здоровье», главный врач.

**Афонина Галина Вячеславовна**  
заведующая 1-м отделением БУЗ ВО «ВОПД»,  
врач высшей квалификационной категории по специальности «Фтизиатрия».

**Серова Татьяна Вячеславовна**  
врач-фтизиатр, врач высшей квалификационной категории по специальности «Фтизиатрия».

Поступила 24.02.2016

#### FOR CORRESPONDENCE:

Vologda Regional TB Dispensary,  
36, Poshekhonskoye Rd, Vologda, 160022  
Phone and fax: +7 (8172) 71-26-95; +7 (8172) 71-94-57.  
E-mail: guzvozd@yandex.ru

**Tatiana A. Gavrishchuk**  
Candidate of Medical Sciences, Doctor of the Highest Category in Tuberculosis Control and Health Care Organisation and Public Health, Head Doctor.

**Galina V. Afonina**  
Head of Department no.1 of Vologda Regional TB Dispensary,  
Doctor of the Highest Category in Tuberculosis Control.

**Tatiana V. Serova**  
TB Doctor, Doctor of the Highest Category in Tuberculosis Control.

Submitted on 24.02.2016