

Клинический случай диагностики туберкулеза кишечника в гастроэнтерологической практике



Врач терапевт, гастроэнтеролог Бондарь Марина Николаевна

Томск, 2023

Туберкулез кишечника

Хроническое инфекционное заболевание, вызванное группой бактерий *Mycobacterium tuberculosis*, характеризующееся формированием специфических гранул, образованием полости и фиброзированием при санации.
Распространенность 45 случаев на 100 тысяч населения.

Кишечник 70% Лимфатические узлы 60% Брюшина 40% Печень 15%

Клиника:

- снижение аппетита
- потливость
- снижение массы тела
- тошнота, рвота
- болевой синдром абдоминальный
- нарушение стула

Группа риска:

- злокачественные опухоли
- ВЗК
- системные васкулиты
- цитомегаловирусный энтероколит

Диагностика:

- Визуальные методы
- р. Манту, квантифероновый тест
- ОАК, БАК, кал
- КФС, морфология
- посев материала
- лапароскопия

Пациент М., 41 г., г. Кызыл

1981 г.р.

2012 — внебольничная пневмония, МБТ+

— ПТП, МБТ -

01.2022 — боли в животе, субфебрилитет.

04.2022 — Госпитализация,
терапевтический стационар.
Динамики в состоянии нет.

06.2022 — Конс. гастроэнтеролог. Дз:
Энтероколит ?.

41 год

ЖАЛОБЫ ПРИ ОБРАЩЕНИИ:

- повышение Т 37 С -39 С
- кашицеобразный стул 5-6 раз в сутки, однократно слизь в стуле
- снижение веса на 17 кг за 3 месяца
- дискомфорт в животе

Объективный статус:

Рост, см 184, Вес, кг 48, Т 38,2 С.

Болезненность в эпигастрии и по ходу нисходящего отдела толстой кишки.

Отеки н/3 голени.

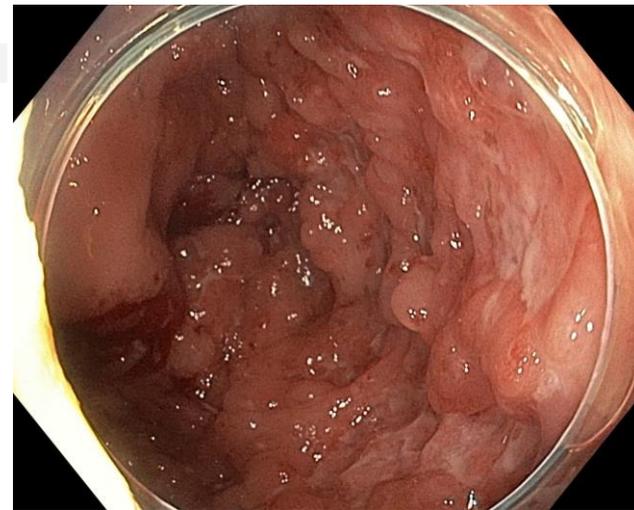
Диагностические исследования

БАК:

Холестерин, г/л	2,0
О.белок, г/л	51
Альбумин, г/л	20
СРБ, мг/л	115

ОАК:

Эритроциты, 10^{12}	3,2
Гемоглобин, г/л	76
Лейкоциты, 10^9	11,9



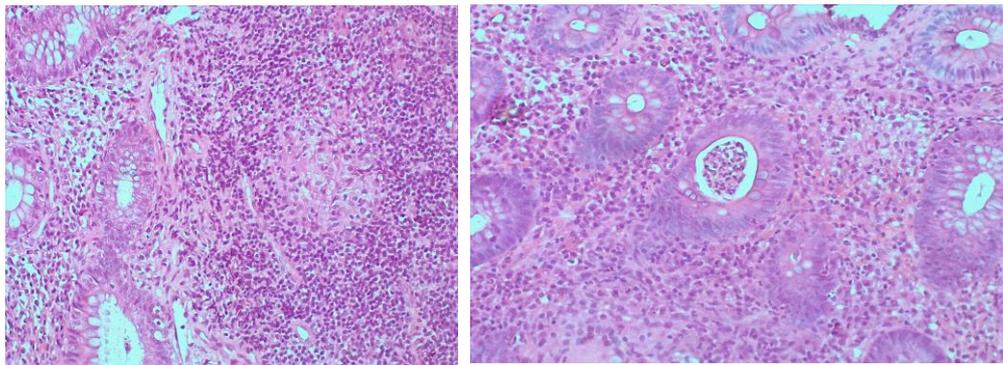
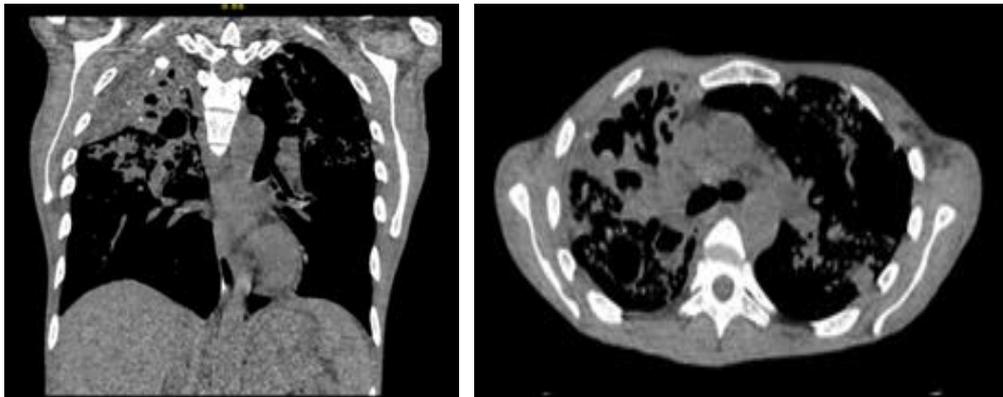
УЗИ ОБП: По ходу подвздошных сосудов, мезентериальных л/у в большом количестве до 1,0 см, узлы гиперэхогенные, неоднородные, кровоток не усилен.

ЭГДС: Диффузная эритематозная гастропатия.

ЭХО КГ: МН 1 ст. В полости перикарда жидкость 80-100 мл.

Колоноскопия: ВЗК. Признаки болезни Крона. Индекс Rutgeets i4

Диагностические исследования



СКТ ОГК: КТ-картина может соответствовать фиброзно-кавернозному туберкулезу в фазе инфильтрации. Левосторонний гидроторакс (до 9 мм). Лимфаденопатия. Выраженный отек жировой клетчатки.

Гистологическое исследование: признаки в наибольшей степени соответствуют болезни Крона. Однако, требуют лабораторного исключения ряда инфекционных специфических поражений.

Квантифероновый тест: положительный

Анализ мокроты на МБТ: КУМ +++ ПЦР кал: МБТ+

Заключение

На основании клинической картины, лабораторно-инструментальных данных пациенту выставлен диагноз: **Генерализованный туберкулез: Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого с отсевом в левое легкое МБТ (+) МЛУ: РН. Туберкулез кишечника, МБТ (+) МЛУ: Н R E Eto, 1 ГДН с 11.08.2022**

Клинический случай демонстрирует *скудность симптоматики и сложность диагностики* в отсутствии настороженности врачей к проблеме туберкулёза как инфекционного заболевания с поражением всех органов и систем.

Исходы абдоминального туберкулеза: *летальность от 1,7% до 51,3%* по причине в 80% перфорационного перитонита, в 7,7% - профузного кишечного кровотечения, в 3% - острой кишечной непроходимости.

При своевременной диагностике и адекватной терапии наступает выздоровление с остаточными явлениями в виде фиброзных изменений в органах или кальцинатов в пораженных органов.