

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

**Адилходжаев Аскар Анварович**

д-р мед. наук, доц., Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр онкологии и радиологии, Узбекистан, г. Ташкент

**Рискиев Анвар Абдухакимович**

научный сотрудник, Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Узбекистан, г. Ташкент

**Юнусов Сейдамет Шевкет-ог'лу**

канд. мед. наук, доц., Ташкентский государственный стоматологический институт,  
Узбекистан, г. Ташкент

## FEATURES OF DIAGNOSIS OF ABDOMINAL TUBERCULOSIS

**Askar Adilkhodjaev**

*DSc, associate professor, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of  
Oncology and Radiology, Uzbekistan, Tashkent*

**Anvar Riskiev**

*Researcher, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Phthisiology and  
Pulmonology, Uzbekistan, Tashkent*

**Seydamet Yunusov**

*PhD, associate professor, Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan, Tashkent*

**Аннотация.** Проведен анализ хирургического и консервативного лечения 104 пациентов с абдоминальным туберкулезом. Для верификации диагноза все пациенты разделены на 4 группы и соответственно проводились диагностические методы. Наиболее эффективным является диагностическая лапароскопия, что позволяет одномоментно взять биоптат для гистологического исследования. В каждой группе пациентов проведен анализ лекарственной резистентности.

**Abstract.** The analysis of surgical and conservative treatment of 104 patients with abdominal tuberculosis was carried out. To verify the diagnosis, all patients were divided into 4 groups and, accordingly, diagnostic methods were carried out. The most effective is diagnostic laparoscopy, which allows you to immediately take a biopsy for histological examination. Drug resistance analysis was performed in each group of patients.

**Ключевые слова:** внелегочной туберкулез, абдоминальный туберкулез, диагностическая лапароскопия, лекарственная резистентность.

**Keywords:** extrapulmonary tuberculosis, abdominal tuberculosis, diagnostics laparoscopy, drug resistance.

**Введение.** Туберкулез на сегодняшний день сохраняет за собой статус одного из самых распространенных инфекции в мире [5, с. 19; 11, с. 131; 16]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) число больных туберкулезом в мире составляет около 15-20 миллионов человек. На протяжении одного года впервые заражаются туберкулезом около 100 миллионов человек и вновь заболевают 3 миллиона [2, с. 60; 9, с. 86]. Туберкулез на континентах распространен неравномерно, так как не одинаковы социально-экономические условия жизни разных народов, различны возможности государств обеспечить лечебно-профилактическую помощь населению [6, с. 33; 8, с. 46; 16].

Несмотря на современные методы диагностики и лечения туберкулеза, абдоминальная форма туберкулеза мало знакома в практике хирурга [1, с. 125; 4, с. 59]. Встречаемость абдоминальной формы туберкулеза среди всех форм составляет от 3 до 16% [2, с. 60; 3, с. 124; 14, с. 414]. Чаще всего абдоминальный туберкулез поражает мезентериальные лимфотические узлы, частота достигает более 70%, сравнительно, поражение брюшины достигает до 12% [4, с. 59; 15, с. 264].

Учитывая, что клиническая картина абдоминального туберкулеза маскируется под клиникой ургентной абдоминальной патологии, таких как острого неспецифического мезаденита, острого аппендицита, острого панкреатита, острой кишечной непроходимости, болезни Крона, сохраняется трудность его диагностики [7, с. 101; 10, с. 358; 11, с. 131].

Пациенты, как правило, поступают в стационары с развившимися осложнениями, такими, как острая кишечная непроходимость, абсцеди-рование мезентериальных лимфатических узлов, перитонит вследствие перфорации туберкулезных язв кишечника [6, с. 33; 8, с. 46; 12, с. 341].

Диагностика абдоминального туберкулеза строится на выявлении микобактерии туберкулеза при микроскопии, культуральными или молекулярно-генетическими методами в аспирате или материале, полученном при биопсии или интраоперационно, и на данных патоморфологического исследования [9, с. 86; 10, с. 358; 12, с. 341; 13, с. 249].

Практикующие хирурги, терапевты, гастроэнтеролога, онкологи, как правило, плохо знакомы с проблематикой внелёгочного туберкулеза, что влечет за собой позднюю диагностику последнего, иногда установить окончательный диагноз удастся только на секционном столе.

**Целью** данного исследования явилось улучшить результаты лечения абдоминального туберкулеза путем применения миниинвазивных вмешательств.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ диагностики и лечения 104 пациентов с абдоминальной формой туберкулеза на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии за период 2016-2022 года. В группе исследования было 93 (77,5%) мужчин и 27 (22,5%) женщин. Все пациенты были в возрасте от 26 до 75 лет, средний возраст составил 42 года.

Все пациенты с абдоминальным туберкулезом, в зависимости от осложнения были подразделены на 4 группы: I группа – 39 (37,5%) пациента с диагнозом асцит связанный с АТ, II группа – 22 (21,1%) пациентов с диагнозом спаечная тонкокишечная непроходимость (СТН) обусловленной течением АТ, III группа – 24 (23,1%) пациентов с диагнозом перитонит связанным с перфорацией тонкой кишки, IV группа – 19 (18,3%) пациентов с диагнозом асцит-перитонит (АП).

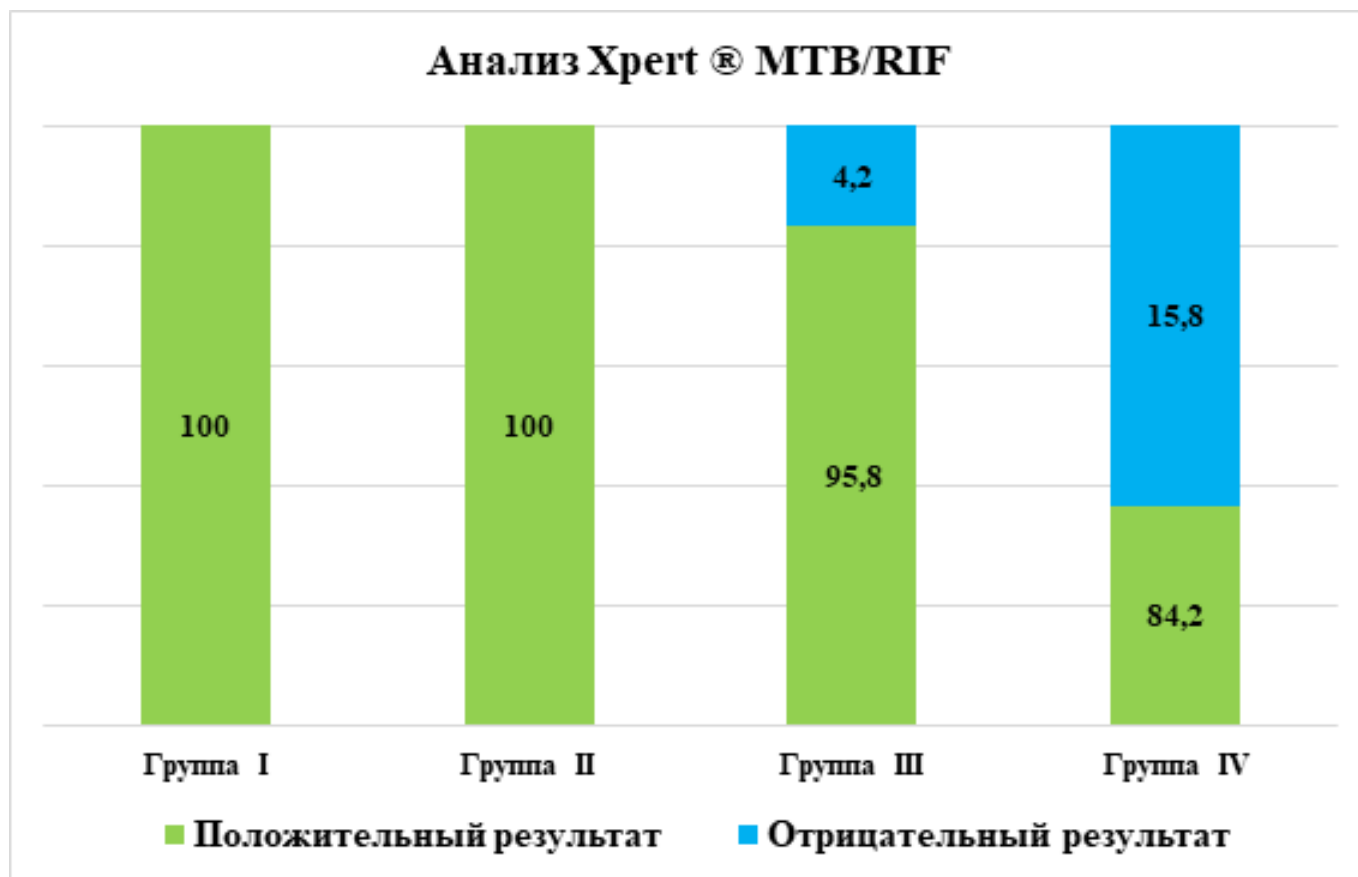
Молекулярно-генетическое исследование проводили для лабораторного подтверждения

абдоминальным туберкулезом использовали анализ-платформу GeneXpert и молекулярный тест Xpert MTB/RIF от компании «Global Laboratory Initiative» производитель - Cepheid (г. Саннивейл, США).

**Результаты исследования.** Для уточнения диагноза АТ всем пациентам в зависимости от группы проводили дооперационные или интраоперационные туберкулез-чувствительные лабораторные тесты. Биологическая среда в 100% случаев была асцитическим выпотом. Метод забора биологического материала проводился в условиях лапароцентеза, лапароскопии или лапаротомии. Так, у 39 (100%) пациентов I группы и во II группе у 9 (40,9%) пациентов с СТН, страдающих от асцита из забор асцитической жидкости для анализа, проводили посредством лапароскопического вмешательства. А у 13 (59,1%) пациентов во время лапаротомии. У больных с перфорацией тонкой кишки из III группы в 100% (24 пациента) случаев асцитическая жидкость была взята во время лапаротомии. В IV группе у 7 (36,8%) пациентов с АП асцитическая жидкость была эвакуирована из брюшной полости и взята на анализ вовремя лапароскопического вмешательства, а у 12 (63,2%) во время лапаротомии.

Таким образом, всем пациентам не зависимо от группы молекулярный анализ Xpert ® MTB/RIF положительный или отрицательные (+/-) значения в асцитической жидкости (рис. 1). При сравнении уровня, результата молекулярного анализа Xpert ® MTB/RIF в зависимости от группы пациентов, нам не удалось выявить значимых различий ( $p = 0,047$ ).

Всем пациентам с АТ в исследовании было проведено лечение в условиях хирургического стационара. Нами проведен описательный статистический анализ выполненных хирургических операций между группами пациентов с АТ. Среди I группы всем 39 (100%) пациентам проведена диагностическая лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости по поводу асцита, асцита-перитонита и взятия гистологического материала в месте очага ВФТ.



**Рисунок 1. Анализ результата молекулярного анализа Xpert ® MTB/RIF асцитической жидкости в зависимости от группы пациентов**

Во II группе, у 9 (40,9%) пациентов был выполнен лапароскопический адгезиолизис с последующим дренированием брюшной полости по поводу СТН, у 13 (59,1%) пациентов была выполнена лапаротомия, адгезиолизис, восстановление пассажа по тонкому кишечнику с последующим дренированием брюшной полости. В III группе, 2 (8,3%) пациент получил хирургическое лечение в виде лапаротомии адгезиолизиса, ушивания перфорации тонкой кишки с последующим дренированием брюшной полости по поводу СТН и перфорации тонкой кишки, у 7 (29,3%) пациентов провели лапаротомию, резекцию отдела тонкой кишки на протяжении  $\geq 10$  см, с наложением энтеро-энтеро анастомоза по Брауну (во всех случаях), 10 (41,6%) пациентам была проведена лапаротомия, ушивание перфорации тонкой кишки и дренирование брюшной полости, еще у 5 (20,8%) пациентам выполнили лапаротомию, резекцию отдела тонкой кишки на протяжении  $< 10$  см, с наложением энтеро-энтеро анастомоза по Брауну (во всех случаях). В IV группе, 8 (42,1%) пациентам была выполнена лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости по поводу асцит-перитонита, 1 (5,3%) пациенту была выполнена лапаротомия, санация, адгезиолизис и дренирование брюшной полости, 10 (52,6%) пациентам проведена диагностическая лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости.

Пациенты, которым с диагностической целью проводили лапароскопию, количество койко-дней в большей степени составили до 10 дней, по отношению к другим группам пациентов.

При сравнительной оценке таких параметров, как КЖ до и после хирургического лечения в зависимости от групп пациентов с АТ в исследование получены следующие данные: I и II группе пациентов с АТ показатели КЖ выше, чем в III и IV группе: ФЗ - на 22,3%, ПЗ - на 19,1%, ОС - на 18,1%, СО - на 16,9%, в совокупности. Существенная статистическая разница ( $p \leq 0,001$ ) между групп пациентов с АТ была зафиксирована во всех параметрах КЖ.

**Заключение.** Предложенная тактика консервативного и миниинвазивного хирургического лечения способствовало более раннему выявлению абдоминальной формы туберкулеза и началу консервативной терапии. В результате адекватной консервативной терапии при АТ резистентность снизилась до 8,3%, а проведенных койко-дней снизилась до 1,5 раз.

## Список литературы:

1. Абдурахманов А.К., Евтеева А.А., Беликов А.В. Абдоминальный туберкулез под маской острого аппендицита // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2019. - №9(2). - С. 125-126.
2. Гусева Г.Р. Внелегочные формы туберкулеза // Справочник врача общей практики. - 2021. - №1. - С. 60-65.
3. Исмаилов Ж. К., Берикова Э.А., Туткышбаев С.О. Структура туберкулеза внелегочной локализации на современном этапе // Известия Национальной академии наук Республики Казахстан, серия биологическая и медицинская. - 2016. - №5. - С. 124-130.
4. Кульчавеня Е.В., Жукова И.И. Внелегочный туберкулез-вопросов больше, чем ответов // Туберкулез и болезни легких. - 2017. - №95(2). - С. 59-63.
5. Мордык А. В., Яковлева А.А., Николаева И.Н., Леонтьев В.В. Актуальность проблемы внелегочного туберкулеза в современных эпидемиологических условиях // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2015. - №3 (61). - С. 19-21.
6. Парпиева Н.Н., Адилходжаев А.А. Абдусаматов А.А. Видеолапароскопические вмешательства в диагностике и лечении абдоминальных форм туберкулеза // Молодой ученый. - 2018. - №10. - С. 33-37.
7. Плоткин Д.В., Решетников М.Н., Гафаров У.О., Беленцева О.В., Степанов Е.А., Сеницын М.В.

Абдоминальный туберкулёз: возвращение в хирургию // Вестник Авиценны. – 2019. – №21(1). – С. 101-109.

8. Решетников М.Н., Плоткин Д.В., Сеницын М.В., Гафаров У.О., Беленцева О.В. Хирургические осложнения абдоминального туберкулеза у пациентов с различным иммунным статусом // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – №4(164). – С. 46-53.

9. Холтобин Д.П., Анисимов Н.В. Абдоминальный туберкулез. Клиническое наблюдение и обзор литературы // Бюллетень медицинской науки. – 2022. – № 2 (26). – С. 86-92.

10. Худойбердиева М.Ж., Хакимова Р.А., Султонов Г.И., Батирова Б.Т. Современные методы диагностики абдоминального туберкулёза // Новый день в медицине. – 2019. – № 4(28). – С. 358-360.

11. Banta J.E., Ani C., Bvute K.M., Lloren J.I.C., Darnell T.A. Pulmonary vs. extra-pulmonary tuberculosis hospitalizations in the US [1998-2014] // Journal of infection and public health. – 2020. – №13(1). – P. 131-139.

12. Eraksoy H. Gastrointestinal and abdominal tuberculosis // Gastroenterology Clinics. – 2019. – №50(2). – P. 341-360.

13. Daley C.L. Extrapulmonary tuberculosis // Clinical Tuberculosis. – 2020. – P. 249-265.

14. Dhali A., Das K., Dhali G., Ghosh R., Sarkar A., Misra D. Abdominal tuberculosis: Clinical profile and outcome // International Journal of Mycobacteriology. – 2021. – №10(4). – P. 414-414.

15. Natali D., Cloatre G., Brosset C., Verdalle P., Fauvy, A., Massart J.P., Hovette P. What pulmonologists need to know about extrapulmonary tuberculosis // Breathe. – 2020. – №16(4). – P 264-268.

16. Organisation, W. W. H. Global Tuberculosis Report 2020.