

лезные препараты отменить до нормализации показателей крови, назначить заместительную терапию с компонентами крови, витамины В6, В12, аскорбиновую кислоту, проведение динамического контроля за показателями крови. 16.03.2017 г. проведена проверка медицинской карты пациентки службой фармакологического контроля, в результате составлен акт с указанием необходимости установить причинно-следственную связь появления анемии смешанного генеза и тромбоцитопении с приемом противотуберкулезных препаратов. В инструкции препарата ПАСК указано на побочные реакции в виде тромбоцитопении в редких случаях.

19.03.2017 г. 12.00 ч, по лабораторным данным, отмечается значительная положительная динамика в виде нормализации показателей крови.

29.03.2017 г. проведена ЦВК №64. Решение ЦВК: появление анемии смешанного генеза с тромбоцитопенией связано с приемом ПАСК, который был назначен 3 марта 2017 г. в связи с необходимостью возобновления интенсивной фазы химиотерапии 4 противотуберкулезными препаратами после хирургического лечения в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями (2014 г.) в сочетании с Н, Е, Z.

В инструкции ПАСК указано появление тромбоцитопении, лейкопении в редких случаях. На фоне проведения заместительной терапии компонентами крови и отмены противотуберку-

лезных препаратов показатели крови нормализовались на 8-е сут лечения.

В связи с вышеизложенным установлена вероятная степень достоверности неблагоприятной побочной реакции.

29.03.2017 г. подано извещение в Управление Росздравнадзора по РС(Я) о побочном действии, нежелательной реакции.

В настоящее время состояние пациента удовлетворительное. Самочувствие хорошее. По органам статус без отрицательной динамики. Гематологическое осложнение купировано, функция кроветворения восстановлена.

Выводы:

1. Изменение показателей анализа крови от 13.03.2017 г., появление анизоцитоза в анализе крови, нормохромной анемии тяжелой степени появились после приема ПАСК в комплексе с другими противотуберкулезными препаратами, которые были назначены в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями (2014 г.) по диагностике и лечению туберкулеза у детей и подростков. Изменения, вероятно, связаны с угнетением костно-мозгового кроветворения на фоне приема препарата ПАСК.

2. Согласно приказу МЗ РФ от 26.08.2010 №757н «Об утверждении порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций при применении лекарственных препара-

тов для медицинского применения» после исключения других факторов выявлена вероятная степень достоверности причинно-следственной связи неблагоприятной побочной реакцией на ПАСК.

Литература

1. Аксенова В.А. Национальное руководство по фтизиатрии / В.А. Аксенова, А.С. Апт, В.С. Баранов. – М.: Гэотар-Медиа, 2010. – 512 с.

Aksenova V.A. National guide to phthisiology / V.A. Aksenova, A.S. Apt, V.S. Baranov. – М.: Geotar-Media, 2010. – 512 p.

2. Иванова Д.А. Гематологические осложнения противотуберкулезной химиотерапии / Д.А. Иванова // Туберкулез и социально значимые заболевания. – 2014. – №4. – С.56-65.

Ivanova D.A. Hematologic complications of tuberculosis chemotherapy / D.A. Ivanova // Tuberculosis and socially significant diseases. – 2014. – №4. – P.56-65.

3. Иванова Д.А. Частота и риск развития тяжелых нежелательных реакций при лечении впервые выявленных больных туберкулезом / Д.А. Иванова, С.Е. Борисов, А.М. Рыжов, Т.Н. Иванушкина // Туберкулез и болезни легких. – 2012. – №12. – С.15-22.

Ivanova D.A. Frequency and risk of severe adverse reactions in the treatment of newly diagnosed tuberculosis patients / D.A. Ivanova, S.E. Borisov, A.M. Ryzhov, T.N. Ivanushkina // Tuberculosis and lung diseases. – 2012. – №12. – P.15-22.

4. Мишин В.Ю. Медикаментозные осложнения комбинированной химиотерапии туберкулеза легких / В.Ю. Мишин. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 248 с.

Mishin V.Yu. Drug complications of combined chemotherapy of pulmonary tuberculosis / V.Yu. Mishin. – М.: ООО «Medical Information Agency», 2007. – 248 p.

В.Г. Игнатьев, В.М. Михайлова, И.А. Холтосун, Л.А. Кривошапкина, Т.С. Дягилева, О.А. Лугинова, А.А. Соловьев, Н.А. Сидоров, Н.А. Гуляева, О.В. Иванова

СЛУЧАЙ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВНЕЛЕГЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА И СКРИНИНГ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

В статье представлен клинический случай редкой локализации внелегочного туберкулеза – абдоминального туберкулеза в инкурабельной стадии.

Ключевые слова: туберкулез кишечника, гнойно-каловый перитонит, терминальная стадия, болезнь Крона.

The article reports the clinical case of rare localization of extrapulmonary tuberculosis – abdominal tuberculosis in incurable stage.

Keywords: intestine tuberculosis, purulent fecal peritonitis, terminal stage, Crohn's disease.

Введение. Абдоминальный туберкулез отличается полиморфизмом клинической картины, а иногда протекает только с лихорадкой без каких-либо симптомов, характерных для заболеваний желудочно-кишечного тракта. При любой локализации поражения в

патологический процесс вовлекается пищеварительный тракт. Специфические изменения редко ограничиваются отдельно кишечником, лимфатическими узлами или брюшиной. Как правило, эти анатомически тесно связанные образования вовлекаются в процесс

DOI 10.25789/YMJ.2019.65.32

УДК 616-002.5-031 (571.56)

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **ИГНАТЬЕВ Виктор Георгиевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, ignat_prof@mail.ru, **ХОЛТОСУНОВ Иван Афанасьевич** – аспирант МИ СВФУ, врач колопроктолог, holtosunov.ivan@mail.ru, **КРИВОШАПКИНА Лена Александровна** – аспирант МИ СВФУ, врач колопроктолог, lena.krivoshapkina@mail.ru, **ДЯГИЛЕВА Татьяна Семеновна** – к.м.н., доцент, **ГУЛЯЕВА Надежда Андреевна** – к.м.н., доцент; РБ№2-ЦЭМП: **МИХАЙЛОВА Валентина Михайловна** – к.м.н., зав. КПО, valentina_mihail@mail.ru, **ЛУГИНОВА Олеся Афанасьевна** – врач колопроктолог, **СОЛОВЬЕВ Алексей Алексеевич** – врач колопроктолог, **СИДОРОВ Николай Анатольевич** – врач колопроктолог, **ИВАНОВА Оксана Валентиновна** – врач патологоанатом РБ №1-НЦМ.

почти одновременно. Однако в клинической картине болезни нередко преобладают симптомы поражения какого-либо одного органа, что позволяет выделить заболевание в самостоятельную нозологическую единицу. Кишечная локализация процесса может возникнуть на любом этапе развития первичного и вторичного туберкулеза. Иногда он развивается как самостоятельное заболевание в виде ограниченного поражения илеоцекального или другого отдела кишечника [1]. Несмотря на позитивные тенденции в эпидемической ситуации по туберкулезу в целом, динамика заболеваемости внегочным туберкулезом (ВЛТ) нестабильна [3]. Диагностика туберкулеза внегочных локализаций трудна, заболевание имеет тенденцию протекать скрыто, под маской других патологических процессов [2-4]. К сожалению, внимание к внегочным формам туберкулеза уделяется недостаточно, что ведет к позднему выявлению, нередко на инкурабельной стадии [4].

Цель исследования – демонстрация клинического случая редкой локализации туберкулеза и дифференциальная диагностика с болезнью Крона.

Материалы и методы исследования. Приведены данные клинического наблюдения пациента с абдоминальным туберкулезом: инфильтративно-язвенный туберкулез кишечника с поражением подвздошной и толстой кишки (МБТ (+), анализ ПЦР–РВ). Туберкулезный мезоденит. Обширная милиарная диссеминация серозных оболочек брюшной полости, очаговая генерализация в печени, селезенке, в верхней доле правого легкого (КУМ (2+), люминесцентный метод). Осложнения основного заболевания: Перфорация туберкулезных язв подвздошной, слепой и сигмовидной кишок. Разлитой гнойно-каловый перитонит.

Результаты и обсуждение. Пациентка А., поступила в ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №2-Центр экстренной медицинской помощи» 19.02.2018 в 12 ч 13 мин, переводом из гастроэнтерологического отделения ГБУ РС(Я) «Якутская городская клиническая больница» (ЯГКБ) в колопроктологическое отделение (КПО) РБ№2-ЦЭМП с направительным диагнозом: Болезнь Крона с поражением слепой и восходящей ободочной кишок, стриктурирующий тип, тяжелое течение.

Диагноз при поступлении: Болезнь Крона с поражением слепой и восходящей ободочной кишок. Активная стадия. Тяжелая степень. Перитонит.

Диагноз клинический: Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишок. Активная стадия, тяжелая степень. Перфорации подвздошной и слепой кишок. Некроз слепой кишки. Флегмона толстой кишки. Разлитой гнойно-каловый перитонит. Терминальная стадия. Кахексия. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Острая полиорганная недостаточность. Сепсис. Дата установления клинического диагноза: 19.02.2018.

При поступлении: Состояние больного крайне тяжелое: Т – 36,6°C, АД 60/40 мм рт.ст.

Жалобы: на боли в животе, выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания. Со слов, боли в животе спастического характера начали беспокоить с апреля 2017 г., после курса гирудотерапии по поводу бесплодия (трансвагинально). В августе 2017 г. прошла обследование в РБ №1-НЦМ в условиях терапевтического отделения. По результатам колоноскопии с биопсией, ФГДС выставлен диагноз: Болезнь Крона, со слов больной, гистологически подтвержден в Москве, в каком ЛПУ – неизвестно. Выписана из РБ №1-НЦМ 03.11.17 г. с рекомендациями: сульфасалазин по 2 табл. 3 раза в сут, бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в сут 1 мес., нольпаза 40 мг, препараты железа, ангиовит по 1 табл. 1 раз в сут. После выписки наблюдалась у терапевта. По контрольным анализам, наблюдалось нарастание анемии, общая слабость, периодически беспокоили боли спастического характера. 11.12.17 г. госпитализирована в ТО ЦРБ. Проведена консервативная, заместительная гемостатическая терапия, на фоне которой анемия сохраняется, кал на скрытую кровь +. 18.12.17 г. проведен консилиум в ЦРБ с участием зам. гл. врача по ЛР, зав. ТО, гинеколога, хирурга-онколога. Рекомендована колоноскопия, консультация колопроктолога. По договоренности с 20.12.17 по 29.12.17 находилась на стационарном лечении в КПО, выписана с улучшением на дальнейшее лечение у гастроэнтеролога, хирурга по месту жительства. Со слов сопровождающей сестры, обострение заболевания отмечает с января 2018 г., начали беспокоить жидкий стул до 5-6 раз, вздутие живота, выраженная общая слабость, перестала самостоятельно ходить. Ухаживали мать и сестра.

Обратилась в терапевтическое отделение ЦРБ и была направлена в ГЭО ЯГКБ на коррекцию лечения, 09.02.18 госпитализирована в ГЭО

ЯГКБ. Ухудшение самочувствия отмечает с 16.02.18, когда появились рвота кофейной гущей, вздутие живота, боли во всех отделах живота. 19.02.18 проведена КТ ОБП: свободный воздух в брюшной полости. Диагноз: Болезнь Крона с поражением слепой и восходящей ободочной кишок, стриктурирующее течение, перфорация полого органа. Перитонит. Кахексия. Анемия тяжелой степени тяжести. Направлена в приемный покой РБ №2-ЦЭМП. После предоперационной подготовки проведено оперативное лечение по экстренным показаниям.

Ход операции. Дата 19.02.2018. Время: начало – 14 ч 55 мин – конец 16 ч 40 мин.

Операция: субтотальная колэктомия.

Анестезиологическое пособие: эндотрахеальный наркоз.

Под эндотрахеальным наркозом после обработки операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина трижды произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости гнойно-каловый выпот со зловонным запахом до 2,5 л, взят на бак. посев, эвакуировано электроотсосом. При ревизии петли тонкой кишки раздуты, местами багрового цвета в верхних отделах, перистальтика есть. Имеется некроз подвздошной кишки на участке 20 см от илеоцекального угла и слепой кишки, в нескольких местах на указанных кишках имеются перфорационные отверстия. Брюшина в нижнем отделе черного цвета, большой сальник некротизирован на всем протяжении, по всей толстой и тонкой кишке высыпания белесоватого, коричневого, желтого цвета размерами от 1 мм до 6 мм. На толстой кишке местами участки некроза со стороны серозной оболочки размерами до 5-6 см в диаметре, перистальтики нет, толстая кишка признана нежизнеспособной от слепой до сигмовидной кишки. Мобилизация брыжейки в 40 см от илеоцекального угла до сигмовидной кишки. Проксимальная культя (подвздошная кишка) ушита наглухо. Туалет брюшной полости до 8 л растворами антисептиков. Отмечается диффузная кровотоочивость из брюшины малого таза. Попытка гемостаза электрокоагуляцией безуспешна, обложена гемостатическими губками, тампонируется 3-мя салфетками. Боковые каналы, малый таз также туго тампонируются пеленкой. Гемостаз. Дренажирование малого таза и левого бокового канала силиконовыми трубками. Назоинтестинальная интубация. Швы через все слои.

Удаленный макропрепарат: Толстая кишка с 40 см подвздошной кишки.

Послеоперационный диагноз: Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишок. Активная стадия, тяжелой степени тяжести. Перфорации подвздошной и слепой кишок. Некроз слепой кишки. Флегмона толстой кишки. Разлитой гнойно-каловый перитонит. Терминальная стадия.

Рекомендация врача оператора по дальнейшей тактике ведения: Санационная релапаротомия по стабилизации состояния. Ранний послеоперационный период протекал крайне тяжело, тяжесть состояния обусловлена синдромом полиорганной недостаточности, ДВС-синдромом.

19.02.2018 г. в 20.00. На фоне проводимой интенсивной терапии произошла остановка сердечной деятельности, АД 0/0, ЧСС 0. Реанимационные мероприятия без эффекта в течение 30 мин. В 20.30 констатирована биологическая смерть.

Посмертный диагноз.

Основной: Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишок. Активная стадия, тяжелой степени тяжести. Перфорации подвздошной и слепой кишок. Некроз слепой кишки. Флегмона толстой кишки. Разлитой гнойно-каловый перитонит. Терминальная стадия.

Осложнения основного: Перфорации подвздошной и слепой кишок. Некроз слепой кишки. Флегмона толстой кишки. Разлитой гнойно-каловый перитонит. Терминальная стадия. Кахексия. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Острая полиорганная недостаточность. Сепсис. Бактериальный шок.

Из протокола патологоанатомического вскрытия №118/В от 20.02.2018 (рис.1-2).

Основное заболевание: А18.3 Инфильтративно-язвенный туберкулез кишечника с поражением подвздошной и толстой кишок (МБТ (+), анализ ПЦР –РВ). Туберкулезный мезоденит. Обширная милиарная диссеминация серозных оболочек брюшной полости, очаговая генерализация в печени, селезенке, в верхней доле правого легкого (КУМ (2+), люминисцентный метод).



толстый кишечник 019658 - 2018

Рис.1. Макропрепарат толстой кишки пациентки А.

Осложнения основного заболевания: Перфорация туберкулезных язв подвздошной, слепой и сигмовидной кишок. К 67.3 Разлитой гнойно-каловый перитонит. Операция: Лапаротомия, субтотальная колэктомия, резекция подвздошной кишки от 19.02.2018 г. D 65 Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания: кровоотечение из операционной раны, гемоперитонеум (600 мл крови и 140 г красных сгустков). Кахексия (ИМТ=12,7 кг/м). Почечно-печеночная недостаточность. Общее венозное малокровие и дистрофические изменения паренхиматозных органов. Отек легких и головного мозга. Двусторонний гидроторакс (слева 300 мл, справа 600 мл).

Причина смерти: К 67.3 Разлитой гнойно-каловый перитонит. D 65 Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Смерть пациентки была непредотвратимой ввиду тяжелого основного заболевания и крайне тяжелого состояния при поступлении на 19.02.18.

Выводы. Этот случай настраивает на осторожность врачей общей лечебной сети на туберкулез различной локализации, трудность дифференциальной диагностики с такими специфическими заболеваниями, как болезнь Крона. Активное выявление больных туберкулезом органов брюшной полости требует, прежде всего, правильной интерпретации анамнестических, клинических, лабораторных, рентгенологических данных и результатов

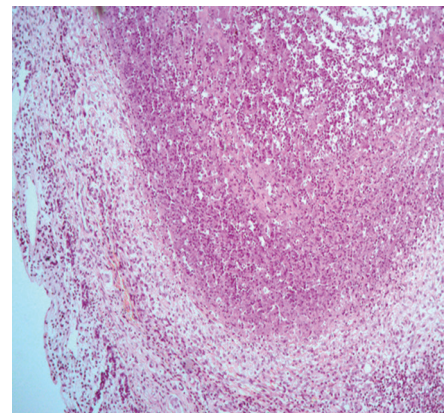


Рис.2. Микроскопия толстой кишки пациентки А.

специальных методов исследования. Совокупность этих данных, в большинстве своем абсолютно доступных для врачей общей лечебной сети, куда впервые обращаются больные, достаточна для первичного отбора и направления пациента на обследование для подтверждения туберкулезной этиологии заболевания.

Литература

1. Внелегочный туберкулез: руководство для врачей / Под ред. Н.А. Браженко. – СПб.: СпецЛит, 2013. – С. 170-183.
Extrapulmonary tuberculosis: a guide for physicians / Ed. ON. Brazhenko. – SPb.: SpecLit, 2013. – P.170-183.
2. Туберкулез мочеполовой системы сегодня / Жукова И.И. [и др.] // Урология. – 2013. – № 1. – С. 13-16.
Tuberculosis of the urinary system today / Zhukova I.I. [et al.] // Urology. – 2013. – № 1. – P.13-16.
3. Современные тенденции эпидемической ситуации по внеторакальному туберкулезу / Е.В. Кульчаев, В.А. Краснов [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – М.: Нью Терра, 2013. – № 12. – С. 34-38.
Current trends of the epidemic situation in non-thoracic tuberculosis / E.V. Kulchavenya, V.A. Krasnov [et al.] // Tuberculosis and lung diseases. – M.: New Terra, 2013. – № 12. – P.34-38.
4. Петренко В.И. Актуальные вопросы диагностики и лечения внелегочного туберкулеза / В.И. Петренко, Л.Д. Тодорико, А.В. Бойко // Туберкулез, легочные болезни, ВИЧ-инфекция. – Киев, Вит-а-пол, 2013. – № 3 (14). – С. 86-89.
Petrenko V.I. Actual issues of diagnosis and treatment of extrapulmonary tuberculosis / V.I. Petrenko, L.D. Todoriko, A.V. Boyko // Tuberculosis, pulmonary diseases, HIV infection. – Kiev, Vit-a-pol, 2013. – № 3 (14). – P.86-89.