

О. А. Кузьмина, О. С. Таланова,
А. О. Холева, Л. Н. Савоненкова, О. Л. Арямкина

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ГАСТРИТ И ДУОДЕНИТ

Аннотация. Туберкулез гастродуоденальной зоны – желудка и двенадцатиперстной кишки – встречается в каждом шестом случае гастроинтестинального туберкулеза, в одном из пятнадцати случаев абдоминального туберкулеза и чаще всего развивается у больных с деструктивными формами туберкулеза легких, но может протекать и изолированно. Он проявляется симптомами диспепсии, макроскопически характеризуется язвенно-инфильтративными поражениями слизистой оболочки, регионарными рубцовыми стенозами гастродуоденальной зоны и диагностируется по гистологическим параметрам. Нередко туберкулезу желудка и двенадцатиперстной кишки сопутствует абдоминальный лимфаденит. Неоценимую помощь в диагностике туберкулезного гастрита и дуоденита может оказать микробиологическое исследование.

Ключевые слова: туберкулез желудка, туберкулез двенадцатиперстной кишки, клиника, диагностика.

Abstract. Gastroduodenal tuberculosis, affecting stomach and duodenum, occurs in one out of every six patients with gastrointestinal tuberculosis, in one out of every fifteen cases of abdominal tuberculosis and most often develops in patients with destructive pulmonary tuberculosis, although gastroduodenal tuberculosis may develop separately. Patients report dyspepsia, macroscopic ulcerous infiltration of the mucous coat, partial cicatricial stenosis of the gastroduodenal area. Gastroduodenal tuberculosis is diagnosed by histologic parameters. Often gastroduodenal tuberculosis is accompanied by abdominal lymphadenitis. Microbiological examination may prove to be invaluable in diagnosing tuberculous gastritis and duodenitis.

Key words: gastroduodenal tuberculosis, clinical picture, diagnostics.

Во всем мире гастроэнтерологическая заболеваемость прогрессивно возрастает, удваиваясь каждое десятилетие [1]. Болезни гастродуоденальной зоны – функциональная диспепсия, хронический гастрит и язвенная болезнь – являются наиболее распространенной патологией человека [2–4]. Симптомы диспепсии хотя бы раз на протяжении жизни испытывает практически каждый человек. Благодаря доступности эндоскопических и гистологических методов исследования в большинстве случаев удается установить диагноз и провести адекватную терапию. Вместе с тем при поражениях гастродуоденальной зоны существуют и определенные дифференциально-диагностические сложности, в частности при абдоминальном туберкулезе [5].

Последние годы абдоминальный туберкулез в силу ряда причин перестает быть редкой патологией [6–9]. Туберкулез относится к одной из важных медико-социальных проблем России [10, 11]. В 2/3 случаев абдоминальный туберкулез диагностируется в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля [5, 12–15]. Актуальность проблемы абдоминального туберкулеза определяется не только повсеместным ростом эпидемических показателей, но и увеличением случаев «...с генерализованными и запущенными формами туберкулеза органов пищеварения...» [10]. «...До настоящего времени неоправданно высокими остаются сроки от первичного обращения

больного абдоминальным туберкулезом в медицинскую сеть до определения правильного диагноза» [10].

Целью исследования явилось изучение клинической картины и разработка диагностических критериев туберкулеза желудка и двенадцатиперстной кишки.

1. Материалы и методы исследования

Дизайн исследования – ретро- и проспективное, рандомизированное когортное исследование, проведенное методом сплошной выборки за период 1990–2010 гг.

Обследовано 192 больных абдоминальным туберкулезом в возрасте $41,2 \pm 0,94$ года (95 % ДИ 35,4–47). Из них 2/3 составили мужчины. Соотношение городских и сельских жителей было идентичным. Абдоминальный туберкулез диагностирован в лечебно-профилактических учреждениях общей сети в 80,6 % случаев, у 39,1 % больных – постмортально. Диагноз «туберкулез абдоминальных локализаций» устанавливали на основании оценки комплекса клинических, лабораторных и инструментальных данных. В 86,5 % случаев он верифицирован морфологически при анализе биоптатов, полученных при лапароскопии или лапаротомии ($n = 78$), эндоскопии ($n = 13$), аутопсии ($n = 75$). В настоящую работу включены только случаи туберкулеза желудка и двенадцатиперстной кишки, установленного у 13 больных, подтвержденные гистологически. Туберкулезный гастрит и дуоденит дифференцировали с хроническим гастритом, язвенной болезнью, раком желудка, кандидозом и канцероматозом гастродуоденальной зоны. Статистическая обработка данных проводилась с использованием лицензионных статистических пакетов STATISTICA 6.0, SPSS 13.0 и с применением параметрических и непараметрических методов.

2. Результаты и их обсуждение

Туберкулез желудка [16–23] и двенадцатиперстной кишки встречается в единичных наблюдениях [24–28]. Туберкулез верхних отделов пищеварительного тракта самостоятельно встречается казуистически редко [16, 17, 29, 30]. По данным собственного исследования, туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки составляет в структуре всего абдоминального туберкулеза 4,69 и 2,08 % соответственно, что не противоречит исследованиям прошлых лет.

По локализации специфического воспаления в различных органах брюшной полости абдоминальный туберкулез нами классифицируется как туберкулез гастроинтестинального тракта ($n = 84$; 43,8 %), абдоминальных паренхиматозных органов ($n = 62$; 32,3 %), серозных оболочек ($n = 53$; 27,6 %), лимфатических узлов ($n = 103$; 53,6 %) (рис. 1). Считаем такое подразделение чрезвычайно важным, так как в общепринятые классификации туберкулеза включены лишь туберкулез мезентериальных лимфатических узлов, кишечника и брюшины [10].

Более чем в половине случаев абдоминального туберкулеза в специфический процесс одновременно вовлекались несколько выше обозначенных отделов – у 110 (57,3 %) из 192 больных. Абдоминальный туберкулез может протекать изолированно, распространяясь только на органы брюшной полости, или сочетанно с туберкулезом легких или иных экстраторакальных локализаций.

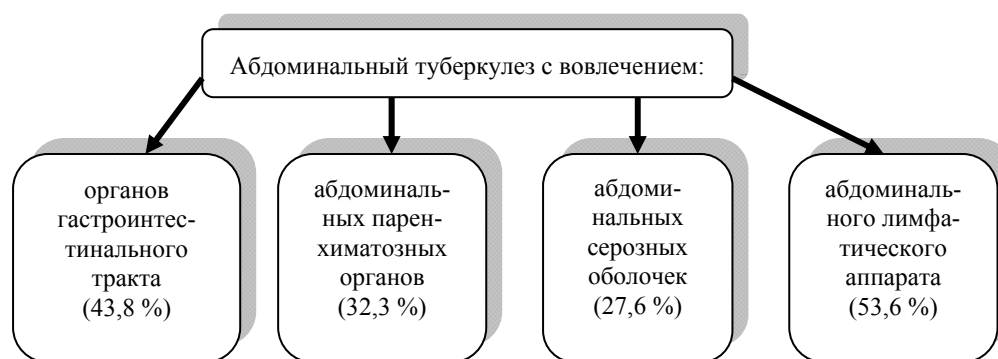


Рис. 1. Частота вовлечения различных органов брюшной полости при абдоминальном туберкулезе

В структуре туберкулеза гастроинтестинального тракта преобладает туберкулез кишечника. Специфическое воспаление гастродуоденальной зоны развивается в 15,5 % случаев гастроинтестинального туберкулеза. Одновременное поражение туберкулезом желудка и двенадцатиперстной кишки среди обследованного контингента не имело места.

Считается, что туберкулез желудка, как правило, развивается в терминальной стадии туберкулеза легких и обусловлен спутогенным распространением инфекции¹. Согласно собственным данным, туберкулез желудка в подавляющем большинстве случаев сочетается с деструктивными формами туберкулеза легких и обусловлен спутогенной контаминацией инфекции. Однако в единичных наблюдениях нами диагностирован и изолированный туберкулезный гастрит. Туберкулезный дуоденит протекает в сочетанных и полиорганных специфических поражениях. Изолированный туберкулез желудка и туберкулез двенадцатиперстной кишки развиваются вследствие лимфогематогенного распространения инфекции из очагов, локализованных в органах брюшной полости, чаще всего в абдоминальном лимфатическом аппарате.

По данным литературы, туберкулез желудка встречается в основном в язвенной форме: поражается преимущественно малая кривизна желудка и привратник. Описаны как более редко встречаемые гиперпластическая форма туберкулезного гастрита, а также узелково-язвенная, инфильтративно-склеротическая и рубцово-склеротическая формы туберкулезного дуоденита [16].

Мы диагностировали язвенную и инфильтративно-язвенную формы туберкулеза желудка, инфильтративную, инфильтративно-язвенную и бугорковую формы туберкулеза двенадцатиперстной кишки, протекающие под маской неспецифических гастродуоденальных заболеваний, требующих проведения дифференциальной диагностики с язвенной болезнью, симптоматическими эрозивно-язвенными гастродуоденальными заболеваниями, раком желудка, кандидозом и канцероматозом гастродуоденальной зоны.

Клинические проявления гастроинтестинального туберкулеза определяются признаками специфического инфекционного процесса, локализацией специфического процесса в органах пищеварения, клиническими формами заболевания, а также проявлениями сопутствующей неспецифической гастро-

¹ <http://bolezniinfo.ru/razdelg/view/0010/>

дуоденальной патологии, затрудняющей диагностический поиск. Следует отметить, что неспецифические гастроэнтерологические заболевания, чаще всего хронический гастрит/гастродуоденит, язвенная болезнь, сопутствуют абдоминальному туберкулезу в каждом втором (50,5 %) случае.

У обследованных больных выявлены интоксикация, лихорадка, похудание, гематологический синдром – лейкопения, повышение СОЭ, лимфопения, анемия. Лабораторными маркерами воспаления были увеличение индекса В. К. Островского в среднем до $5,53 \pm 0,12$ при норме $1,85 \pm 0,06$, гиперфибриногенемия, повышение уровня СРБ. Признаки интоксикации и воспаления определяют активность и распространенность специфического процесса в органах брюшной полости (моно- и полиорганный) и за ее пределами (изолированный и сочетанный). Выраженность синдрома интоксикации и лихорадки определяет также течение абдоминального туберкулеза – иннаперцептное, острое, подострое.

Все пациенты отмечали нарастающую слабость, понижение аппетита, расстройство сна и умеренную головную боль на фоне лихорадки. Признаками синдрома лихорадки были ознобы, чувство жара, гипергидроз кожи, гипертермия, потливость, которая носила преимущественно ночной характер и локализовалась в верхней половине туловища – симптом «мокрой подушки». Лихорадка характеризовалась чаще как послабляющая (*febris remittens*) с суточными колебаниями 1–2 °С, реже как септическая (*febris hectica*) с колебаниями > 3 °С в течение суток. Постоянным признаком была прогрессирующая потеря массы тела. Индекс массы тела по Кетле при абдоминальном туберкулезу соответствует $19,4 \pm 0,27$ (16,4–21,9).

Диагностика туберкулезного гастрита и дуоденита основывается на клинических, эндоскопических, гистологических и микробиологических параметрах. В связи с редкостью данной патологии нет четкого представления о типичных проявлениях заболевания. Туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки может протекать бессимптомно или проявляться симптомами диспепсии [21–23, 27, 29–31]. Из симптомов туберкулеза желудка чаще всего описывают тупую эпигастральную боль, отрыжку воздухом, тошноту, понижение аппетита. Туберкулезный дуоденит в большинстве случаев бессимптомен. Клинически туберкулезный дуоденит может проявляться длительным диспепсическим синдромом в виде болей в пилорoduоденальной области и не отличим от неспецифического дуоденита. Ни в одном случае не было сезонности и цикличности – язвенного анамнеза, а больные не отвечали на антисекреторную и эрадикационную антихеликобактерную терапию.

У обследованных нами больных туберкулезным гастритом имели место абдоминальная боль постоянного характера, преимущественно эпигастральной локализации, не имеющая связи с приемом пищи и временем суток, тошнота, реже рвота, не приносящая облегчения, значительно реже – повторяющиеся желудочно-кишечные кровотечения. Туберкулезный дуоденит у больных был малосимптомным. Только при тщательном анализе жалоб удалось выявить невыраженную боль пилорoduоденальной локализации.

Макроскопически – при проведении гастроскопии и дуоденоскопии обнаруживали инфильтрацию, отек, изъязвления, «просовидные» высыпания» на слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, рубцовые стенозы дуоденальной локализации.

В половине случаев обнаружены отек, гиперемия слизистой оболочки желудка, в другой половине – язвенные дефекты слизистой оболочки, располагающиеся преимущественно на большой кривизне желудка, имеющие размер 2×4,5 см, визуализированные на фоне выраженной инфильтрации и утолщения стенок органа. Дуоденальные язвы имели меньшие размеры. Участки инфильтрации и утолщения слизистой оболочки желудка имитировали гастрит и рак. На слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки язвы визуализировали на фоне отека, гиперемии, просовидных высыпаний и рубцовых стенозов.

При комплексном лучевом обследовании больных выявляли сужения просвета гастродуоденальной зоны, а также регионарную и забрюшинную лимфаденопатию, иногда с кальцинозом.

Микроскопически в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны из биоптатов, полученных при проведении гастродуоденоскопии, а также в толще стенок органов (операционный и секционный материал) выявляли эпителиоидно-клеточные гранулемы с клетками Пирогова – Лангханса и казеозным некрозом, на основании чего верифицировали туберкулезный гастрит и дуоденит. К сожалению, в наших случаях не проводили микробиологического исследования, хотя из участков инфильтрации, из язв и из «просовидных» высыпаний необходимо изготовление мазков-отпечатков с последующей их окраской по Цилю – Нильсону для обнаружения микобактерий туберкулеза.

При обнаружении специфических гранул диагностировали язвенный, инфильтративно-язвенный туберкулез желудка, а также инфильтративно-язвенный и бугорковый дуоденит.

Каждая вторая туберкулезная гастральная язва осложняется ее перфорацией или желудочно-кишечным кровотечением, нередко с летальным исходом.

Выводы

1. Туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки встречается в каждом шестом (15,5 %) случае гастроинтестинального туберкулеза и в каждом пятнадцатом (6,77 %) случае абдоминального туберкулеза.

2. Туберкулез гастродуоденальной зоны протекает сочетанно, развивается преимущественно на фоне деструктивных форм туберкулеза легких спутогенно и значительно реже – изолированно при лимфогематогенной контаминации инфекции из очагов в абдоминальном лимфатическом аппарате.

3. Туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки проявляется симптомами диспепсии, рефрактерными к антисекреторной терапии и характеризуется макроскопическими признаками – преимущественно язвенно-инфильтративными поражениями слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

4. Туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки диагностируется по гистологическим параметрам – обнаружению эпителиоидно-клеточных гранул с казеозным некрозом.

Список литературы

1. Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 704 с. – (Национальные руководства).
2. **Маев, И. В.** Болезни двенадцатиперстной кишки / И. В. Маев, А. А. Самсонов. – М. : МЕД-пресс-информ, 2005. – 512 с.

3. **Калинин, А. В.** Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение / под ред. А. В. Калинина, А. И. Хазанова. – М. : Миклош, 2007. – 602 с.
4. **Шулутко, Б. И.** Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней / Б. И. Шулутко, С. В. Макаренко. – 4-е изд. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2007. – 704 с.
5. **Матросов, М. В.** Значение комплексного эндоскопического обследования в выявлении туберкулеза органов брюшной полости / М. В. Матросов [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 40–42.
6. **Савоненкова, Л. Н.** Абдоминальный туберкулез / Л. Н. Савоненкова, О. Л. Арямкина. – Ульяновск : Изд-во Ульяновск. гос. ун-та, 2007. – 163 с.
7. **Савоненкова, Л. Н.** Специфические и неспецифические абдоминальные поражения при туберкулезе: клиника, диагностика, течение, прогноз : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Савоненкова Л. Н. – Новосибирск, 2008. – 42 с.
8. **Арямкина, О. Л.** Абдоминальный туберкулез / О. Л. Арямкина, Л. Н. Савоненкова // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2008. – № 1. – С. 41–43.
9. **Арямкина, О. Л.** Выявление абдоминального туберкулеза в лечебных учреждениях общей сети и специализированной службы / О. Л. Арямкина, Л. Н. Савоненкова // Клиническая медицина. – 2010. – Т. 88, № 2. – С. 53–57.
10. Фтизиатрия : национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с. – (Национальные руководства).
11. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы». – URL: <http://www.cnikvi.ru/content.php?id=2.99>
12. **Меджидов, Р. Т.** Видеолапароскопическая диагностика и лечение абдоминального туберкулеза / Р. Т. Меджидов, М. И. Кутиев // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 6. – С. 21–24. – URL: <http://www.mediasphera.ru/journals/endoscop/detail/496/7202>
13. **Михайлова, Ю. В.** Организация выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи : метод. рекомендации / Ю. В. Михайлова, И. М. Сон, Е. И. Скачкова и др. – М., 2006. – 25 с.
14. **Скопин, М. С.** Туберкулез органов брюшной полости и особенности его выявления / М. С. Скопин и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 1. – С. 22–26.
15. **Скопин, М. С.** Особенности клинической картины и диагностики осложненных форм туберкулеза органов брюшной полости / М. С. Скопин, З. Х. Корнилова, Ф. А. Батыров, М. В. Матросов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – № 9. – С. 32–40.
16. Руководство по гастроэнтерологии. Т. 1. Болезни пищевода и желудка / под ред. Ф. И. Комарова, А. Л. Гребенева, А. А. Шептулина. – М. : Медицина, 1995. – 672 с.
17. **Щерба, Б. В.** Изолированный туберкулез желудка / Б. В. Щерба // Проблемы туберкулеза. – 1991. – № 12. – С. 61–63.
18. **Юдицкий, М. В.** Случай язвенного туберкулеза желудка у больного с множественными туберкулемами легкого / М. В. Юдицкий, В. Д. Гольдштейн, В. К. Горчаков и др. // Проблемы туберкулеза. – 1996. – № 4. – С. 57–58.
19. **Bellabah, A.** Tuberculose gastro-duodenale. A propos de 3 cas / A. Bellabah, W. Badre, A. Alioua et al. // Sem. hop. Raris. – 1998. – V. 74, № 3–4. – P. 93–95.
20. **Елуфимова, Е. С.** Редкое сочетание туберкулеза мезентериальных лимфатических узлов и слизистой оболочки желудка у ребенка / Е. С. Елуфимова, Л. Е. Гедымин // Проблемы туберкулеза. – 1998. – № 2. – С. 53–54.
21. **Казак, Т. И.** Туберкулез желудка в прошлом и настоящем / Т. И. Казак, В. Б. Герасимов, Е. В. Худякова и др. // Проблемы туберкулеза. – 2001. – № 4. – С. 24–27.
22. **Егоров, И. В.** Казуистические случаи в дифференциальной диагностике рака желудка / И. В. Егоров, М. Ю. Евфарестов, Л. Н. Котина // Терапевтический архив. – 2003. – Т. 75, № 4. – С. 76–79.

23. **Amarapurkar, D. N.** Primary gastric tuberculosis-report of 5 case / D. N. Amarapurkar, N. D. Patel, A. D. Amarapurkar // BMC Gastroenterol. – 2003. – Apr. 18. – № 3 (1). – P. 6.
24. **Zalev, A. H.** Pancreaticoduodenal tuberculosis simulating metastases ovarian carcinoma / A. H. Zalev, J. S. Sacks, R. E. Warren // Can. J. Gastroenterol. – 1997. – № 11(1). – P. 41–43.
25. **Berney, T.** Duodenal tuberculosis presenting as acute ulcer perforation / T. Berney, E. Badaoui, M. Taotsch et al. // Am. J. Gastroenterol. – 1998. – Oct. – V. 93, issue 10. – P. 1989–1991.
26. **Takeshita, K.** Two cases of duodenal tuberculosis / K. Takeshita, T. Sakonju, H. Takayasu et al. // Kekkaku (Japan). – 1999. – № 74 (7). – P. 579–584.
27. **Negi, S. S.** Surgical management of obstructive gastroduodenal tuberculosis / S. S. Negi, A. K. Sachdev, A. Chaudhary, N. Kumar // Trop. Gastroenterol. – 2003. – Jan.–mar. – № 24 (1). – P. 39–41.
28. **Robledo-Ogazlin, F.** Duodenal stenosis secondary to tuberculosis. Case presentation and review of the literature / F. Robledo-Ogazlin, D. J. Mier, A. Alvarado-Aparicio, A. Vargas // Cirugia y cirujanos (Cir Cir). – 2003. – Nov.–dec. – № 71(6). – P. 475–478.
29. **Махачев, М. О.** Туберкулез желудка: клиника, диагностика, лечение / М. О. Махачев. – Махачкала, 1972. – 53 с.
30. **Неймарк, И. И.** Изолированный туберкулез желудка / И. И. Неймарк, А. М. Вайгель // Проблемы туберкулеза. – 1979. – № 7. – С. 67–69.
31. **Chavhan, G. E.** Duodenal tuberculosis radiological on barium studies and their clinical correlation in 28 cases / G. E. Chavhan, R. Ramakantan // J. Postgrad. Med. – 2003. – Jul.–Sep. – № 49 (3). – P. 214–217.

Кузьмина Ольга Анатольевна

врач-ординатор поликлиники № 4
(г. Ульяновск); аспирант, Ульяновский
государственный университет

E-mail: kuzmina.ol@yandex.ru

Kuzmina Olga Anatolyevna

Physician, outpatients' clinic № 4
(Ulyanovsk); postgraduate student,
Ulyanovsk State University

Таланова Ольга Станиславовна

аспирант, Ульяновский
государственный университет

E-mail: talanova.os@mail.ru

Talanova Olga Stanislavovna

Postgraduate student,
Ulyanovsk State University

Холева Анна Олеговна

врач-ординатор поликлиники № 4
(г. Ульяновск); аспирант, Ульяновский
государственный университет

E-mail: annagurianna@mail.ru

Kholeva Anna Olegovna

Physician, outpatients' clinic № 4
(Ulyanovsk); postgraduate student,
Ulyanovsk State University

Савоненкова Людмила Николаевна

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской терапии,
Ульяновский государственный
университет

E-mail: AOL56@yandex.ru

Savonenkova Lyudmila Nikolaevna

Doctor of medical sciences, professor,
sub-department of faculty therapy,
Ulyanovsk State University

Арямкина Ольга Леонидовна

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской терапии,
Ульяновский государственный
университет

E-mail: AOL56@yandex.ru

Aryamkina Olga Leonidovna

Doctor of medical sciences, professor,
sub-department of faculty therapy,
Ulyanovsk State University

УДК 616.33-002.5

Туберкулезный гастрит и дуоденит / О. А. Кузьмина, О. С. Таланова,
А. О. Холева, Л. Н. Савоненкова, О. Л. Арямкина // Известия высших учеб-
ных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. –
№ 3 (23). – С. 67–74.