

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

ТУБЕРКУЛЕЗ ПИЩЕВОДА

Аннотация. Туберкулез пищевода встречается в каждом двадцатом случае гастроинтестинального туберкулеза, развивается у больных с деструктивными формами туберкулеза легких, в рамках полиорганных абдоминальных специфических поражений. Он проявляется преимущественно симптомами дисфагии, макроскопически характеризуется инфильтративными поражениями слизистой оболочки, диагностируется по гистологическим параметрам. Нередко туберкулезу пищевода сопутствуют туберкулез кишечника и абдоминальный туберкулезный лимфаденит.

Ключевые слова: туберкулез пищевода, клиника, диагностика.

Abstract. Tuberculosis of esophagus occurs in 5% of patients with gastrointestinal tuberculosis, develops in patients with destructive pulmonary tuberculosis as a case of specific multiple organ abdominal damage. Patients report symptomatic dysphagia, macroscopic infiltration of the mucous coat. Tuberculosis of esophagus is diagnosed by histologic parameters. Often tuberculosis of esophagus is accompanied by intestinal tuberculosis and abdominal tubercular lymphadenitis.

Key words: tuberculosis of esophagus, clinical picture, diagnostics

Введение

Во всем мире регистрируются прогрессивные темпы роста показателей гастроэнтерологической заболеваемости, которые каждое десятилетие удваиваются [1]. Болезни пищевода известны с древности, однако гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь выделена в самостоятельную нозологическую единицу лишь в 1997 г. [2]. Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни среди взрослого населения планеты достигает 50 % [3]. Симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, в первую очередь изжогу, отмечают 20–40 % населения планеты [4]. Заболевания пищевода требуют применения в первую очередь эзофагоскопии. Однако эндоскопическая картина поражений пищевода полиморфна, и в ряде случаев для установления окончательного диагноза необходимы гистологические методы исследования. При заболеваниях эзофагеальной зоны существуют определенные дифференциально-диагностические сложности. Редко встречаемые гранулематозные поражения пищевода – болезнь Крона с локализацией в верхних отделах пищеварительного тракта, сифилис и туберкулез пищевода – представляют собой особую проблему [5]. С первого описания туберкулезного повреждения пищевода – туберкулезного эзофагита Ш. Девонвилле (1831) – в мировой литературе опубликованы данные лишь об около 200 верифицированных случаях заболевания.

Известно, что к концу прошлого века туберкулез пищевода встречался при туберкулезе в 0,04–0,15 % случаев [6]. Абдоминальный туберкулез до 90-х гг. XX в. встречался казуистически редко. Последние годы абдоминальный туберкулез в силу ряда причин перестает быть редкой патологией [7–10]. При этом в 2/3 случаев он диагностируется в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля [5, 11–14]. Туберкулез относится к одной из важных медико-социальных проблем современной России [15, 16].

В современные классификации туберкулеза и внелегочного туберкулеза из абдоминальных локализаций включены лишь туберкулез мезентериальных лимфатических узлов, туберкулез кишечника, туберкулез брюшины [15]. Однако, несмотря на редкость патологии, туберкулезный эзофагит (A18.8) выделен отдельно в МКБ 10 пересмотра. Так как среди наблюдаемых нами больных абдоминальным туберкулезом были случаи специфического поражения пищевода, определена цель настоящего исследования.

Целью работы явилось изучение клинической картины и разработка дифференциально-диагностических критериев туберкулезного эзофагита.

Материалы и методы

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

Обследовано 192 больных абдоминальным туберкулезом, возраст которых составил в среднем $41,2 \pm 0,94$ года (95 % ДИ 35,4–47). Из них 2/3 были мужчины, 1/3 – женщины. Число городских и сельских жителей было одинаковым. Абдоминальный туберкулез диагностирован в лечебно-профилактических учреждениях общей сети в 80,6 % случаев, у 39,1 % больных – постмортально. Диагноз туберкулеза 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 пищевода, установленного по морфологическим параметрам у четырех больных (2,08 %). Туберкулезный эзофагит дифференцировали с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), пищеводом Барретта, кандидозом и раком пищевода, болезнью Крона с локализацией в пищеводе. Статистическую обработку данных проводили с использованием лицензионных статистических пакетов STATISTICA 6.0, SPSS 13.0, применяя параметрические и непараметрические методы.

Результаты и их обсуждение

Согласно 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 общепринятую классификацию туберкулеза включены лишь туберкулез мезентериальных лимфатических узлов, кишечника и брюшины [15].

Более чем в половине случаев абдоминального туберкулеза в специфический процесс одновременно вовлекались несколько выше обозначенных отделов – у 110 (57,3 %) из 192 больных. Это были случаи полиорганный абдоминального туберкулеза. Абдоминальный туберкулез может протекать монооргано, поражая только один орган брюшной полости, изолированно, распространяясь только на органы брюшной полости, или сочетано с тубер-

кулезом легких или иных экстраторакальных локализаций. В структуре туберкулеза гастроинтестинального тракта преобладает туберкулез кишечника. Специфическое воспаление эзофагеальной зоны развивается в каждом двадцатом (4,86 %) случае гастроинтестинального туберкулеза.

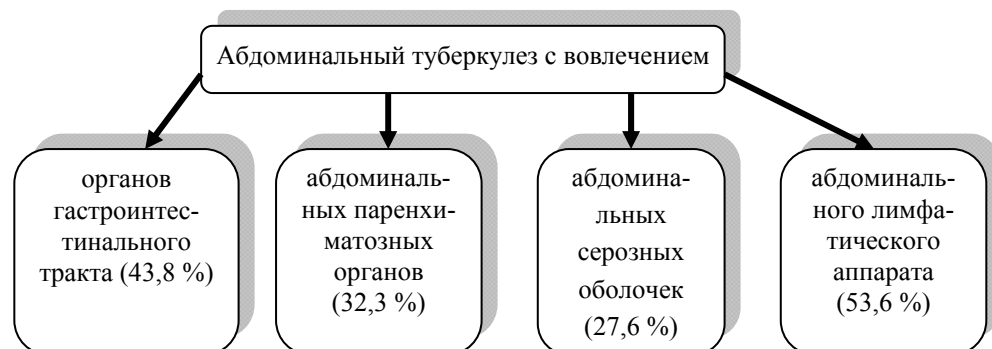


Рис. 1. Частота вовлечения различных органов брюшной полости при абдоминальном туберкулезе

Туберкулезный эзофагит у обследованных нами больных встретился в сочетанном и полиорганном варианте течения абдоминального туберкулеза. В этой связи клинику заболевания определяют в первую очередь признаки туберкулезной интоксикации. У больных имеют место нарастающая слабость, астенизация, понижение аппетита, расстройства сна и умеренная головная боль на фоне лихорадки, похудание, гематологический синдром: повышение СОЭ, абсолютная лимфопения, анемия средней степени тяжести, увеличение индекса В. К. Островского в среднем до $5,53 \pm 0,12$ при норме $1,85 \pm 0,06$, гиперфибриногенемия, повышение С-реактивного белка (СРБ). Во всех четырех случаях синдром лихорадки проявлялся ознобами, чувством жара, потливостью верхней половины тела по ночам (симптом «мокрой подушки»), гипергидрозом кожи, гипертермией. Лихорадка носила преимущественно послабляющий характер (febris remittens с суточными колебаниями 1–2 °С).

Ведущими симптомами туберкулеза пищевода являются дисфагия и прекардиальная боль различной интенсивности. Дисфагия вторичного генеза обусловлена эзофагеальной дискинезией, отеком слизистой оболочки пищевода и его рубцовым стенозированием. Прекардиальная боль обычно постоянна, выражена и сопровождается изъязвлениями слизистой оболочки органа. Язвенный туберкулезный эзофагит характеризуется сочетанием признаков расстройств эзофагеального пассажа и загрудинной болью, которые наслаиваются на симптомы туберкулеза легких, внутригрудных лимфоузлов и редко гортани. Симптомы эзофагита при туберкулезе пищевода могут отсутствовать.

Считается, что чаще всего пищевод поражается туберкулезной инфекцией спутогенно – из полостей распада при деструктивных формах туберкулеза легких. Возможно также распространение инфекции на пищевод по протяжению – при переходе специфического процесса на него из внутригрудных лимфоузлов. Туберкулез легких в таких случаях может отсутствовать [6, 17–24].

Наблюдаемый нами туберкулезный эзофагит проявлялся признаками дисфагии, изжоги и прекардиальной болью. Симптомы дисфагии представле-

ны нарушениями глотания твердой и сухой пищи. Загрудинная прекардиальная боль характеризовалась как постоянная, тупая, не была связана с физической нагрузкой и не стихала после приема пищи. Во всех четырех случаях имела место выраженная изжога, обусловленная желудочно-пищеводным рефлюксом.

Для диагностики туберкулезного эзофагита необходимо проведение эзофагоскопии с прицельной биопсией для последующего гистологического анализа биоптатов и забора материала для исследования на микобактерии туберкулеза как методом бактериоскопии с окраской по Цилю – Нильсену, так и посевом на элективные среды.

Известно, что туберкулезный процесс локализуется в основном в средней трети пищевода [6, 17–20]. При проведении эзофагоскопии обнаруживаются чаще всего инфильтрацию слизистой оболочки пищевода, ее изъязвление с казеозным распадом в центре. Язвы покрыты грязно-серым налетом, располагаются на фоне гиперемии, отека и утолщения слизистой оболочки средней, реже нижней трети органа. Иногда визуализируют «просовидные» высыпания, требующие дифференциальной диагностики с кандидозом и канцероматозом пищевода. Значительно реже встречаются трахеоэзофагеальные и бронхоэзофагеальные свищи, требующие исключения сифилитического поражения пищевода.

Язвенные и рубцовые изменения пищевода можно выявить также и при рентгеноконтрастном исследовании.

Окончательный диагноз туберкулезного эзофагита устанавливают после гистологического исследования. В биоптатах слизистой оболочки пищевода обнаруживаются специфические гранулемы с казеозным некрозом и гигантскими клетками Пирогова – Лангханса. Диагноз туберкулезного эзофагита подтверждается обнаружением микобактерий туберкулеза.

Среди обследованных нами больных туберкулезным эзофагитом не встретились случаи язвенных и рубцово-стенозирующих специфических поражений пищевода. Диагностировали инфильтративную форму туберкулезного эзофагита, протекающего в сочетанной форме абдоминального туберкулеза. Туберкулез пищевода у наблюдаемых нами больных развился спуточно при фиброзно-кавернозном и инфильтративном туберкулезе легких в фазе распада и активного бактериовыделения. Туберкулез пищевода встретился нам в полиорганном абдоминальном специфическом процессе. Кроме пищевода, специфическим процессом поражались кишечник, желудок, абдоминальный лимфатический аппарат. По всей видимости, это были случаи диагностики туберкулезного эзофагита на ранних стадиях.

В ходе работы с больными в дифференциальной диагностике туберкулезного поражения пищевода исключался широкий спектр различных заболеваний пищевода (рис. 2). Известно, что туберкулезу легких и абдоминальному туберкулезу коморбидного течения сопутствует неспецифическая патология – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), диагностируемая в 19,4 и в 12,5 % случаев соответственно [8]. Из данных схемы видно, что при туберкулезе пищевода и при неспецифических заболеваниях пищевода симптомы требуют проведения эндоскопических исследований. При подозрении на ГЭРБ требуется назначение патогенетической терапии и наблюдение гастроэнтеролога.



Отсутствие эффекта от лечения является основанием для проведения повторной эндоскопии с прицельной биопсией с целью диагностики пищевода Баретта и для решения дальнейшей тактики ведения пациента хирургом и онкологом. Глубокие язвы, уплотнения слизистой оболочки пищевода и особенно наличие «просовидных» высыпаний требуют проведения гистологических и микробиологических исследований.

При подозрении на кандидоз пищевода необходимо оценить преморбидный фармакологический фон – получение ранее пациентом антибиотиков, H₂-блокаторов гистаминорецепторов, иммунодепрессантов, глюкокортикоидов или исследовать кровь на маркеры ВИЧ-инфекции. В плане терапии необходимы антифунгальные препараты, а затем эндоскопический и микробиологический контроль. Линейные язвы и рубцовые сужения могут быть проявлениями болезни Крона с локализацией в пищеводе или сифилиса пищевода. В данных случаях необходимы гистологические исследования, а также исследование крови на маркеры сифилиса. При подтверждении соответствующего диагноза – лечение в лечебных учреждениях гастроэнтерологической или дерматовенерологической служб. «Просовидные» высыпания, кроме кандидоза и туберкулеза пищевода, требуют исключения канцероматоза. Подтвержденные случаи туберкулеза пищевода передаются в противотуберкулезный диспансер, а опухоли – в онкологическую службу для дальнейшего лечения и наблюдения за больными.

Выводы

1. Туберкулезный эзофагит встречается в каждом двадцатом (4,86 %) случае гастроинтестинального туберкулеза.
2. Туберкулез пищевода протекает сочетанно, развиваясь на фоне деструктивных форм туберкулеза легких спуточно и в рамках полиорганного абдоминального туберкулеза.
3. Туберкулезный эзофагит характеризуется дисфагией, прекардиальной болью и изжогой на фоне туберкулезной интоксикации.
4. Туберкулез пищевода диагностируется преимущественно по гистологическим критериям – по обнаружению эпителиодно-клеточных гранулем 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. **Калинин, А. В.** Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение / А. В. Калинин ; под ред. А. В. Калинина, А. И. Хазанова. – М. : Миклош, 2007. – 602 с.
3. **Шулутко, Б. И.** Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней / Б. И. Шулутко, С. В. Макаренко. – 4-е изд. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2007. – 704 с.
4. **Громнацкий, Н. И.** Руководство по внутренним болезням / Н. И. Громнацкий. – М. : Медицинское информационное агентство, 2006. – 572 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. 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.
7. **Савоненкова, Л. Н.** Абдоминальный туберкулез / Л. Н. Савоненкова, О. Л. Арямкина. – Ульяновск : Изд-во Ульян. гос. ун-та, 2007. – 163 с.
8. **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.
9. **Арямкина, О. Л.** Абдоминальный туберкулез / О. Л. Арямкина, Л. Н. Савоненкова // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2008. – № 1. – С. 41–43.
10. **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.
11. **Меджидов, Р. Т.** Видеолапароскопическая диагностика и лечение абдоминального туберкулеза / Р. Т. Меджидов, М. И. Кутиев // Эндокопическая хирургия. – 2007. – № 6. – С. 21–24. – URL: <http://www.mediasphera.ru/journals/endoscop/detail/496/7202>
12. 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.
13. Туберкулез органов брюшной полости и особенности его выявления / М. С. Скопин и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 1. – С. 22–26.
14. 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.
15. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с. – (Национальные руководства).
16. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы». – URL: <http://www.cnikvi.ru/content.php?id=2.99>
17. Esophageal tuberculosis; Mimicry of gastrointestinal malignancy / B. Damtew, D. Frengley, E. Wolinsky, J. Spagnuolo // Rev. Infect. Dis. – 1987. – V. 9, № 1. – P. 146.
18. Tuberculosis esofagitis Report of a case review of modern approaches to diagnosis and treatment / P. Tassion et al. // Hepatogastroenterology. – 1995. – V. 42, № 2. – P. 185–188.
19. Esophageal tuberculosis mimicking secondary esophageal involvement of mediastinal neoplasm / G. Di Febo, C. Calabrese, A. Areni et al. // Ital. J. Gastroenterol Hepatol. – 1997. – V. 29 (6). – P. 564–568.
20. Primary esophageal tuberculosis / S. N. Sinha, P. Tesar, W. Seta, S. K. Senqurta // Brit. J. Clin. Pract. – 1998. – V. 42, № 9. – P. 391–394.
21. Esophageal tuberculosis: Endoscopic cytology as a diagnostic tool / Shyama Jain, Neeta Kumar, Dilin Das, Satish K Jain // Acuta cytol. – 1999. – V. 43, № 6. – P. 1085–1090.
22. Esophageal tuberculosis in an immunocompetent patients / A. Glimez Cedenilla, C. Garrido Durlin, A. Sansli Sureda et al. // Gastroenterologia y hepatologia (Gastroenterol Hepatol). – 2003. – Dec., № 26 (10). – P. 643–645.
23. Medistinal mass with Disphagia in an elderly patient / A. Kotanidou, I. Andrianakis, A. Mavrommatis, P. Politis // Infection. – 2003. – Jun, 31 (3). – P. 178–180.
24. Туберкулез пищевода. – URL: <http://www.curemed.ru/gastroenterology/tuberculosis-gullet>.

Кузьмина Ольга Анатольевнааспирант, Ульяновский
государственный университет

E-mail: kuzmina.ul@yandex.ru

Kuzmina Olga AnatolyevnaPostgraduate student,
Ulyanovsk State University**Таланова Ольга Станиславовна**аспирант, Ульяновский
государственный университет

E-mail: talanova.os@mail.ru

Talanova Olga StanislavovnaPostgraduate student,
Ulyanovsk State University**Холева Анна Олеговна**врач-ординатор, городская поликлиника
№ 4 (г. Ульяновск); аспирант,
Ульяновский государственный
университет

E-mail: annagurianna@mail.ru

Kholeva Anna OlegovnaResident, outpatients' Municipal 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 NikolaevnaDoctor 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 LeonidovnaDoctor of medical sciences, professor,
sub-department of faculty therapy,
Ulyanovsk State University

УДК 616.329-002.5**Кузьмина, О. А.****Туберкулез пищевода** / О. А. Кузьмина, О. С. Таланова, А. О. Холева,
Л. Н. Савоненкова, О. Л. Арямкина // Известия высших учебных заведений.
Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. – № 4 (24). – С. 82–89.