

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ГЕНИТАЛИЙ ЖЕНЩИН, ОСЛОЖНЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

О.Л.Соцкая, М.Д.Сафарян, И.Н.Даниелян

*/Ереванский государственный медицинский университет им.М.Гераци,
кафедра туберкулеза/*

375025 Ереван, ул. Корюна, 2

Ключевые слова: периодическая болезнь, микобактерии туберкулеза

Особенностью туберкулеза гениталий у жительниц Армении, как правило, является поражение брюшины. Нередки случаи присоединения к туберкулезу гениталий крупных и мелких суставов по типу параспецифических реакций.

При генито-перитонеальном туберкулезе туберкулезные палочки далеко не всегда обнаруживаются в экссудате, клеточный состав жидкости мало отличается от такового при периодической болезни (ПБ). Зачастую отсутствует реакция на туберкулин из-за отрицательной анергии. Клиническая картина этих заболеваний характеризуется сходными симптомами: боли в животе, лихорадка, дисфункция кишечника, яичников, дизурические явления, спаечный процесс, а также упорное, длительное течение, устойчивое к обычной консервативной терапии при относительно удовлетворительном общем состоянии больных.

Все это создает определенные трудности при постановке диагноза. В клинической практике приходится проводить дифференциальное диагностирование между туберкулезом гениталий, осложненным туберкулезным перитонитом, и ПБ, осложненной амилоидозом, а также первичным амилоидозом.

По классификации Dahlin, опухолевидный амилоидоз является не самостоятельной формой, а лишь одной из форм первичного амилоидоза (по [2]). Однако большинство исследователей [6–8] выделяют локальный амилоидоз в самостоятельную группу. О.М. Виноградова [1,2] выделяет локальные формы наследственного (семейного) амилоидоза, причисляя к ним и амилоидоз при опухолях эндокринных органов или паракринной системы. Автор предполагает, что существует много вариантов семейных множественных аденоматозов, обусловленных генетическими мутациями. Однако локальный амилоидоз в этих случаях описан

лишь при медулярной карциноме щитовидной железы, аденоме паращитовидных желез, опухоли островкового аппарата поджелудочной железы. Автор предполагает, что амилоид в аденоматозном органе — результат сверхактивности этого органа.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная М., 23 года. Поступила в Республиканский противотуберкулезный диспансер 03.07.93г. с жалобами на общую слабость, постоянные боли в нижней части живота, вздутие, боли летучего характера и припухлость в крупных и мелких суставах. В анамнезе указания на туберкулез отсутствуют, больная отмечает болезненные менструации, позднее становление регулярных циклов (спустя год после менархе). Четвертая по счету беременность завершилась самопроизвольным абортom в сроки 7–8 недель с последующей абразией полости матки, осложнившейся повышением температуры тела до 38°C.

Считает себя больной с 16 лет, когда впервые ощутила вздутие живота, диспепсию, понижение аппетита, дизурические явления. В 1991 г. диагностировано воспаление придатков матки, проведенное лечение не дало эффекта. В 1993 г. был обнаружен асцит и произведен парацентез. Получена жидкость соломенно-желтого цвета, без запаха со следующим составом: эритроциты — 2–7, лейкоциты — 8–13 в п/зр; разрозненные элементы и пласты мезотелиальных клеток; глюкоза — 60 мг/%, хлориды — 110 мэкв/л, белок — 4,6 г/л. Произведена диагностическая лапаротомия: в брюшной полости обнаружено большое количество прозрачной жидкости соломенно-желтого цвета, париетальная и висцеральная брюшина, внутренние органы покрыты белыми просовидными бугорками; ткань удаленных маточных труб и брюшины взята на исследование. Заключение гистолога: туберкулез маточных труб, туберкулез брюшины. Больная переведена в Республиканский противотуберкулезный диспансер.

Окончательный диагноз: состояние после двухсторонней сальпингэктомии по поводу туберкулеза; туберкулезный экссудативный перитонит, пельвиоперитонит, МБТ abs; Va-группа диспансерного учета. Ретенционная киста левого яичника. Туберкулезный полиартрит.

В клинике проведен полный курс противотуберкулезной терапии. Выписана в удовлетворительном состоянии.

У данной больной в общей клинической картине полисерозита наблюдаются симптомы туберкулезного полиартрита, который, как известно, встречается главным образом в молодом возрасте преимущественно у женщин.

Туберкулезный полиартрит, являющийся вариантом ревматоидного артрита (ревматоид Понсе), характеризуется затяжным течением [3–5]. При этом на фоне общей туберкулезной интоксикации при наличии специфических изменений в маточных трубах и брюшине появляется припухлость и болезненность коленных, локтевых, голеностопных и фаланговых суставов. В таких случаях отсутствуют типичные клинкорентгенологические признаки костно-суставного туберкулеза, а изменения в синовиальных оболочках носят параспецифический характер, что указывает на их токсико-аллергическую природу.

Больная А., 17 лет. Поступила в Республиканский противотуберкулезный диспансер 05.02.91г. с жалобами на болезненность и вздутие живота, боли и отечность в области голеностопных, лучезапястных суставов, пастозность лица. В анамнезе указания на туберкулез отсутствуют. В детском возрасте была диагностирована ПБ, получала лечение колхицином. Отмечает позднее становление менструации (16 лет), альгоменорею.

Данные объективного обследования: кожные покровы бледные, отмечается пастозность лица, выраженные отеки под глазами, вокруг голеностопных суставов при пальпации живота — положительный симптом флюктуации, перкуторно определяется асцитическая жидкость, верхняя граница которой на два пальца ниже пупка; наружные половые органы гипопластичны, правый яичник увеличен (3х4 см), болезненный. Повторное рентгенологическое исследование легких: обнаружена тонкостенная овальная киста, расположенная в прикорневой зоне 5х10х5,5 мм.

Компьютерная томография выявила диффузно увеличенные с расширенными лоуостями почки, увеличенный правый яичник с тканевой структурой, наличие умеренного количества жидкости, что наводит на мысль о новообразовании правого яичника.

11.02.91г. произведен парацентез и получено 0.5 л прозрачной жидкости соломенно-желтого цвета с небольшим красноватым оттенком, без запаха: эритроциты — 80—120, лимфоциты — 9—14, нейтрофильные лейкоциты — 0—3, мезотелиальные клетки — 20—30 в п/зр; глюкоза — 71.2 мг%, хлориды — 109 мэкв/л, белок — 0.32 г/л, проба Ривальта отрицательная; МБТ методом скопи и многократного посева не обнаружены.

Диагноз: туберкулез гениталий исключен.

Результаты лапароскопии: в брюшной полости умеренное количество зеленовато-желтой жидкости; при осмотре малого таза определяется нормальная по характеру и структуре поверхность матки; яичники слабо увеличены, больше справа, поверхность гладкая, розовато-синяя, изменений не выявлено; при осмотре брюшины, петель кишок, сальника изменений нет. Диагноз: асцит; данных за злокачественный процесс нет.

Учитывая жалобы (вздутие живота, боли в суставах), анамнез (ПБ), данные объективного исследования (наличие жидкости в брюшной полости, увеличение яичника, поражение суставов), не исключена возможность системного заболевания, в том числе и амилоидоза. Больная переведена в I Городскую клиническую больницу. В результате комплексного обследования поставлен окончательный диагноз: ПБ (смешанная форма); системный амилоидоз, амилоидоз почек II степени с умеренным нарушением выделительной и концентрационной функции; вторичная анемия; поликистоз правого яичника и легкого.

Анализ приведенного наблюдения свидетельствует о наличии сходства в клинической картине туберкулеза придатков матки, осложненного туберкулезом серозных оболочек, и абдоминально-суставной формы ПБ, осложненной амилоидозом. В обоих случаях имеют место боли в животе, выпот в брюшную полость, признаки поражения суставов, дизурические явления; из параклинических данных — схожесть клеточного и биохимического состава асцитической жидкости, отсутствие реакции на туберкулин.

Диагноз верифицирован благодаря использованию таких методов диагностики, как лапароскопия, бактериологическое и гистологическое исследования биопсийного материала.

Больная Р., 1961 г.р., поступила 01.02.84 г. с жалобами на сухость во рту, жажду, тошноту, боли в околопупочной, гипогастрической и поясничной областях, вздутие и увеличение объема живота, последовательные боли в суставах (коленном, локтевом, мелких суставах кисти), сопровождающиеся припуханием, а также субфебрилитет, зуд кожи, выделения из половых органов.

В анамнезе имеются указания на абдоминально-суставной синдром, впервые появившийся в возрасте 4 лет, что дало основание заподозрить ревматизм, произвести санацию ротовой полости, тонзилэктомию, противоревматическое лечение, оказавшееся неэффективным. Указанный синдром повторялся периодически. В 1981 г. больная дважды была оперирована по поводу паховых грыж. Во время операций установлено наличие серозного экссудата, цитологическое исследование которого на вело на подозрение о злокачественном новообразовании, однако при обследовании этот диагноз был исключен. Больная неоднократно была госпитализирована в различные учреждения, где были исключены системные заболевания и ПБ.

Отмечает контакт с туберкулезным больным. Из гинекологического анамнеза отмечены болезненные менструации, сопровождающиеся повышением температуры, нарушение менструальной функции после замужества по типу пройоменореи.

Из данных объективного исследования: субфебрилитет, живот слегка вздут, болезненный в области пупка, правее и ниже него; в свободной брюшной полости определяется жидкость; тело матки в *retroflexio-versio*, гипопластичное, подвижное, болезненное при пальпации; придатки с двух сторон укорочены, рубцово-деформированы, в спайках, правый придаток увеличен (4×5 см), болезнен при пальпации. Проба Зимницкого выявила изогипостенурию.

Произведен парацентез брюшной полости, получена жидкость соломенно-желтого цвета со следующим составом: эритроциты — 3–16 в п/зр, единичные лимфоциты, глюкоза — 90 мг%, хлориды — 108 мэкв/л; кальций — 8,4 мг%, фосфор — 1,92 мг%, белок — 4,38 г%. Бактериоскопия и посев на БК отрицательны.

Длительное течение заболевания, боли в животе, периодическое скопление жидкости, отсутствие эффекта от проведенной противотуберкулезной терапии явились показаниями к диагностической лапаротомии.

13.03.84 г. произведена операция: обнаружен серозно-геморрагический экссудат в объеме 1500 мл; стенки брюшины, кишечник, внутренние половые органы с резко утолщенными, инъецированными, легко кровоточащими сосудами, местами на них белесоватые высыпания. Правый яичник увеличен (5×4 см), кистозно перерожден. Правая маточная труба увеличена, утолщена, в спайках, с инъецированными сосудами, у фибрильных отделов подкраивается. Левая маточная труба и яичник изменены аналогично, но в меньшей степени. Брыжейка несколько рыхлая и желтого цвета. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Печень и селезенка визуально не изменены. Произведена сальпингоовариэктомия справа. Гистологическое заключение: кисты правого яичника; кровоизлияния в яичник; аденоматозная пролиферация эпителия маточной трубы с дисплазией; признаков туберкулезного или опухолевого роста не обнаружено.

Гистологическое заключение не дало возможности трактовать клинику заболевания с целью проведения адекватного лечения. Гистологические срезы консультированы в Ленинградском НИИ туберкулеза на кафедре патологической анатомии. Заключение гистолога: в срезах участки ткани яичника и стенки маточной трубы. В

яичнике и маточной трубе видны сосуды с резко утолщенными стенками, встречаются частично и полностью облитерированные сосуды. Кроме того, в ткани яичника — мелкие глыбки гомогенных оксифильных масс. Вышеописанные изменения дают основание диагностировать первичный амилоидоз.

На основании гистологического заключения и клиники заболевания поставлен диагноз: ПБ (абдоминально-суставная форма). Первичный локальный опухолевидный амилоидоз с преимущественным поражением висцеральной и париетальной брюшины, яичников, маточных труб. Асцит. Амилоидоз почек.

Принимая во внимание выделение авторами [5,7,15] амилоидоза при опухолях эндокринных органов как локальной формы семейного амилоидоза, а также тот факт, что яичник наряду с щитовидной, паращитовидными и поджелудочной железами относится к эндокринным органам и что при гистологическом исследовании его ткани обнаружена аденоматозная пролиферация, следует считать описанный случай локальной формой амилоидоза.

В заключение следует отметить, что туберкулез гениталий и серозных оболочек часто сочетается с поражением крупных и мелких суставов.

Клиническая картина туберкулеза гениталий, осложненного туберкулезным перитонитом и асцитом, и ПБ с амилоидозом имеет ряд общих симптомов.

В дифференциальной диагностике туберкулеза гениталий, осложненного туберкулезным перитонитом, важная роль придается лапаротомии и лапароскопии с гистологическим исследованием материала.

Поступила 14.01.97

**ՏՈՒՔԵՐԿՈՒԼՅՈՋԱՅԻՆ ՊԵՐԻՏՈՆԻՏՈՎ ԲԱՐԴԱՅԱԾ ԿԱՆԱՆՅ ՍԵՌԱԿԱՆ
ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՏՈՒՔԵՐԿՈՒԼՅՈՋԻ ՏԱՐՔԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Օ.Լ.Անգլայան, Մ.Դ.Սաֆարյան, Ի.Ն.Դանիելյան

Հետազոտության նպատակն է տուբերկուլյոզային պերիտոնիտով բարդացած կանանց սեռական օրգանների տուբերկուլյոզի և ամիոիդոզով բարդացած պարրերական հիվանդության տարբերակիչ ախտորոշման հիմնական ուղղությունների պարզաբանումը:

Ներկայացված է 3 կլինիկական դիտարկում, այդ թվում մասնաշաղկապային ուռուցքանման ամիոիդոզի դեպք:

Ցույց է տրված, որ տուբերկուլյոզային պերիտոնիտով բարդացած կանանց սեռական օրգանների տուբերկուլյոզի տարբերակիչ ախտորոշման մեջ մեծ է լապարատոմիայի և լապարասկոպիայի դերը՝ նյութի հետազոտ հիստոլոգիական հետազոտությամբ:

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS OF GENITAL ORGANS COMPLICATED WITH TUBERCULOUS PERITONITIS IN WOMEN

O.L.Sotskaya, M.D.Safarian, I.N.Danielian

The aim of the research is to determine the main directions of differentiation of the genital tuberculosis complications and tuberculous peritonitis in women.

3 clinical observations are given, including a case of local tumor-like amyloidosis.

The importance of laparoscopy and laparotomy and their main role in further histologic study of the women having tuberculous peritonitis is stated.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Виноградова О.М., Серов В.В.* Первичный системный амилоидоз. М., 1976.
2. *Виноградова О.М.* Первичный и генетический варианты амилоидоза. М., 1980.
3. *Насонова В.А., Астапенко М.Г.* Клиническая ревматология (Руководство для врачей). М., 1989.
4. *Рабухин А.Е.* Туберкулез органов дыхания у взрослых. М., 1976.
5. Справочник по ревматологии (под ред. В.А.Насоновой). М., 1995.
6. *Серов В.В., Шамов И.А.* Амилоидоз. М., 1977.
7. *Шамов И.А.* Амилоидоз. Махачкала, 1970.
8. *Heller H., Sohar E., Gafni.* Leukaemia amyloidosis Proceed. 8th congr., Basel-New York, 1964, p. 833.