

Случай множественного туберкулеза почек, мочевого пузыря и кишечника в сочетании с гепатитом С

М.А. Каралян

Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер

378510 Абовян, Арзнийское шоссе, 3

Ключевые слова: множественный туберкулез, вирусные заболевания, гепатит С

За последние 15 лет в Армении наметился рост заболеваний туберкулезом. Появилось значительное число осложненных, сочетанных и множественных форм заболевания. Вместе с тем неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сложилась и с рядом других заболеваний, что особенно часто выявляется у контингента больных Республиканского противотуберкулезного диспансера (РКПД). Иногда диагностика подобных случаев представляет значительные трудности [1, 2].

Часто происходит сочетание туберкулеза различных локализаций с хроническими вирусными заболеваниями [3]. Мы наблюдали ряд случаев множественного туберкулеза, осложненного циррозом печени, при этом диагноз: цирроз печени в этих случаях являлся не распознанной формой различных хронических вирусных гепатитов.

Приведем выписку из истории болезни.

Больной С., 44 года, житель Еревана, вредных привычек не имеет. Весной 2000 г. у больного при обследовании в РКПД был поставлен диагноз: туберкулез почек и хронический гепатит. После выписки больной находился на учете в городском противотуберкулезном диспансере.

21/VII 2002г. в моче больного появилась кровь, через два дня – задержка мочи, частый стул. Поступил в Республиканский противотуберкулезный диспансер 26/VII 2002г., госпитализирован с жалобами на боль в области печени, нарушение мочеиспускания, хроническое чередование запоров с поносами. Пульс – 90 в минуту, слабый, учащенный, АД – 120/70.

При обследовании отмечалась желтушность кожных покровов; пальпаторно обнаружена жидкость в области печеночной сумки; живот умеренно вздут, болезненный при пальпации. По данным сонографии, выявлены выраженные признаки портальной гипертензии: печень увеличена до 5 см, диаметр воротной вены 13–14 мм. Спленомегалия – 14 на 7 см. Асцит, гепатолиенальный синдром.

Рентгеноисследование 26/VII 2002г.: в малом круге

кровообращения – застой. В базальных сегментах обоих легких – мелкоочаговые тени, усиление легочного рисунка справа, синусы свободны. Сердце увеличено в поперечнике за счет гипертрофии левого желудочка. По левому контуру слегка проступает дуга легочной артерии.

Анализ крови: билирубин общий – 32,9, прямой – 18,8, непрямой – 14,1 мкмоль/л; тимоловая проба – 6,0 ед; сулемовая проба – 1,58 мл; СОЭ – 26, Hb – 13, общий белок – 70,0 г/л, мочевины – 4,8 ммоль/л. Содержание форменных элементов крови в пределах нормы.

12/VIII проведен повторный анализ крови: билирубин общий – 49,3, прямой – 25,8, непрямой – 23,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 7,2 ед; сулемовая проба – 1,52 мл; общий белок – 75,9 г/л, мочевины – 5,3 ммоль/л; аспаратаминоминотрансфераза – 0,3 МЕ/л; аланинаминотрансфераза – 0,4 МЕ/л.

Анализ мочи: относительная плотность – 1021, белок – 0,2, эпителий плоский – в небольшом количестве, лейкоциты – 1–2, эритроциты – 2–3. Цилиндры зернистые – 0–1, лейкоцитарные – 0–1.

Анализ бактерий Коха в мокроте методом скопий дал отрицательный результат.

Больному был поставлен предварительный клинический диагноз: туберкулез почек, мочевого пузыря, кишечника, осложненный циррозом печени.

Больному назначен курс лечения: изониазид, рифампицин, этанбутол, тирозинамид, а также патогенетические и симптоматические средства.

Несмотря на проводимое лечение в течение 4 дней, состояние больного оставалось без изменений, а данные состояния печени прогрессивно ухудшались.

1/VIII больному проведен анализ на наличие антител к гепатиту С – IgG HCV (cor) и IgG HCV (NS₃ и NS₄). Был получен положительный результат по обоим типам антител, после чего клинический диагноз был уточнен: туберкулез почек, мочевого пузыря, кишечника на фоне гепатита С.

С учетом уточнения диагноза больной с 2/VIII на-

начал получать патогенетическое и симптоматическое лечение, в результате была отмечена положительная динамика – уменьшилась желтушность кожных покровов, исчезла жидкость в области печеночной сумки.

26/VIII в крови – 5200 лейкоцитов, Hb – 12, СОЭ – 42.

27/VIII был проведен очередной анализ крови: билирубин общий – 23,9, прямой – 16,4, непрямой – 7,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 5,2 ед; сулемовая проба – 1,58 мл; общий белок – 64,2 г/л, мочевины – 7,2 ммоль/л; креатинин – 91.

30/VIII. Данные сонографии: в динамике печень выступает из-под реберной дуги на 4,5 см; размер портальной вены – 12 мм; стенки желчного пузыря утолщены, отечны до 8–9 мм. В области малого таза – умеренное количество свободной жидкости.

Под действием противотуберкулезной и противовирусной терапии 11/IX больной выписан с улучшени-

ем общего состояния: умеренная боль в правом подреберье, частое мочеиспускание (ночью 2–3 раза), стул нерегулярный 2–3 раза в день.

Данные ЭКГ: синусовая тахикардия до 100/мин; отклонение электрической оси влево; диффузные изменения миокарда желудочков; гипертрофия левого желудочка.

Данные сонографии: печень увеличена, выступает из-под реберной дуги на 4,5 см; паренхима сохранена, наблюдаются диффузные изменения по типу дистрофии; размер портальной вены – 10 мм. Паренхима почек диффузно изменена.

Таким образом, сочетание множественного туберкулеза с гепатитом С привело вначале к постановке неверного диагноза – цирроз печени. Причиной ошибки являлась распространенность среди больных туберкулезом указанной патологии, вызванной как тяжелыми социальными условиями, так и повышенной частотой злоупотребления алкоголем.

Поступила 20.08.02

Երիկամների, միզապարկի և աղիների բազմակի փոփոխությունների դեպք զուգակցված С հեպատիտով

Մ. Ա. Կարալյան

Վերջին 15 տարիների ընթացքում Հայաստանում դիտվել է տուբերկուլոզի հիվանդացության աճ: Ի հայտ է եկել հիվանդության բազմակի և բարդացած զուգակցված ձևերի զգալի ավելացում: Դիտվում են բազմակի տուբերկուլոզի մի շարք դեպքեր՝ բարդացած լյարդի ցիրոզով: Շատ հաճախ մնան

դեպքերում լյարդի ցիրոզ ախտորոշումը հանդիսանում է վիրոսային հեպատիտի չճանաչված ձև: Մեր կողմից բերված է օրինակ՝ երիկամների, միզապարկի և աղիների բազմակի տուբերկուլոզի դեպք՝ զուգակցված С հեպատիտով:

A case of multiple tuberculosis of kidneys, bladder and intestines combined with hepatitis C

M.A. Karalyan

In Armenia for the last 15 years tuberculosis morbidity rate has increased. There appear a great number of complicated, combined and multiple forms of the disease, complicated by liver cirrhosis. Often the diagnosis of cir-

rhosis in these cases is actually one of not recognized forms of viral hepatitis. We describe a case of a multiple tuberculosis of kidneys, bladder and intestines complicated by hepatitis C.

Литература

1. Мазур П. Е., Панасюк В. А., Прокопенко В. Я. Проблемы туберкулеза, 1991, 10, с. 85.
2. Olszewski W.L., Jamal S., Manokaran G. et al. Am. J. of

- Trop. Med. and Hyg., 1997, 57.
- Rich E.A Infect. Agents. Dis., 1996 Mar; 5(2): 108.