

## Туберкулезный перитонит у подростка



**А.Е. Соловьев, М.В. Северин**

Запорожский государственный медицинский университет

Туберкулезный перитонит считается относительно редким заболеванием у детей. Согласно статистическим данным, в структуре внелегочного туберкулеза абдоминальный составляет всего 2—3 %. Приведен клинический случай туберкулезного перитонита у подростка.

*Ключевые слова:* туберкулез, перитонит, дети.

Дети заражаются микобактериями туберкулеза чаще, чем взрослые [2—6]. В период эпидемии в Украине инфицированность микобактериями туберкулеза составила среди детей до 7 лет — 30—40 %, до 14 лет — 50—60 % [1, 2]. Риск заражения ребенка туберкулезом зависит от близости и интенсивности контакта с зараженным больным и от индивидуальных особенностей иммунологических сил детского организма [1, 3, 4, 6, 7]. Согласно статистическим данным, в структуре внелегочного туберкулеза абдоминальный составляет всего 2—3 % [2, 5, 6]. Чаще поражаются мезентериальные лимфатические узлы, реже — брюшина [2—4].

Относительно классификации туберкулезного перитонита (ТП) единого мнения нет. Различают три формы ТП: экссудативную, слипчивую и казеозную [4, 5, 7]. А.В. Васильев и соавт. (2000) отдельно выделяют бугорковую форму ТП.

При отсутствии анамнеза и внезапно развивающейся картины перитонита, при непроходимости кишечника диагноз обычно ставят только на операционном столе, когда обнаруживаются туберкулезные бугорки на брюшинном покрове [1—3, 5, 7]. При казеозной форме перитонита, если больной сильно истощен, возникает подозрение на злокачественную опухоль. Однако течение болезни и тщательное обследование ребенка (туберкулиновые пробы, рентгенография легких) дают возможность провести дифференциальную диагностику [2—4, 6].

Приводим наблюдение. Мальчик С., 13 лет (история болезни № 9540), поступил в клинику детской хирургии г. Запорожья 10.10.2013 г. с жалобами на резкие боли в животе и высокую температуру.

Стаття надійшла до редакції 11 грудня 2013 р.

**Соловйов Анатолій Єгорович**, д. мед. н., проф., зав. кафедри дитячої хірургії та анестезіології  
69035 м. Запоріжжя, просп. Леніна, 70. Тел. (061) 764-30-59  
E-mail: zsmu@zsmu.zp.ua

Из анамнеза известно, что ребенок родился с весом 2300 г, грудное вскармливание до 6 мес. Ранка при БЦЖ длительное время гноилась, образовался свищ, который ликвидирован оперативным путем в возрасте 1 год в г. Мелитополь. Реакция Манту на протяжении всей жизни была положительной.

8 лет назад был выявлен туберкулиновой пробой. Ребенка наблюдали и лечили в областном туберкулезном диспансере г. Запорожья. Ежегодно по 2 раза были пневмонии. Проходил лечение в г. Мелитополь, в г. Запорожье, в НИИ ПАГ г. Киева, где поставлен диагноз: кисты верхней доли левого легкого, левосторонняя пневмония. Хотя у ребенка постоянно были положительные туберкулиновые пробы, диагноз туберкулеза не поставили.

С 14.08.2013 по 3.09.2013 г. проходил лечение в Мелитопольской ЦРБ по поводу верхнедолевой пневмонии слева, нижнедолевой пневмонии справа. Сохранялась высокая температура, СОЭ — 57 мм/ч. С 24.09.2013 по 3.10.2013 г. находился на стационарном лечении в Запорожской областной инфекционной больнице по поводу инфекционного мононуклеоза, получал цефтриаксон, выписан с клиническим улучшением. Но с 6.10.2013 г. состояние ухудшилось: появились высокая температура и боли в животе. Госпитализирован вновь в Запорожскую областную инфекционную больницу, 10.10.2013 г. направлен в детскую хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит».

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы желтушные, язык обложен налетом, сухой. Живот резко вздут, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. Печень увеличена на 3 см. В брюшной полости определяется жидкость. Пульс 120 в 1 мин, АД — 105/70 мм рт. ст. Анализ крови:

лейкоциты —  $17,5 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерный сдвиг (п — 33), СОЭ — 50 мм/ч.

Рентгенограмма легких от 10.10.2013 г.: первичный туберкулез слева в стадии распада, правосторонний плеврит; показано срочное оперативное вмешательство по поводу разлитого перитонита.

После предоперационной подготовки в течение 6 ч ребенку провели лапаротомию. В брюшной полости большое количество гнойно-геморрагической жидкости. Большой сальник в виде «блина» накрывает спереди весь кишечник вплоть до малого таза. Сальник инфильтрирован, покрыт фибрином, в нем просвечиваются гнойнички, похожие на просынные зерна. Отделить сальник от кишечника невозможно. Биопсия сальника. Петли кишечника перепаяны. Брюшная полость промыта раствором фурациллина.

Патологическое исследование от 15.10.2013 г.: в присланном материале участок брюшины с наличием в ней гранулем смешанного клеточного состава, мелких очагов нагноения с наличием клеток Пирогова—Лангханса.

Окончательный диагноз: туберкулезный сепсис, двухсторонняя туберкулезная пневмония, ТП.

В послеоперационный период получал интенсивную терапию, в том числе 3 вида специальных препаратов (стрептомицин, инбутол, изониазид).

Состояние мальчика быстро улучшилось. 17.10.2013 г. больной переведен в тубдиспансер в реанимационное отделение.

## Выводы

В регионах с высокой частотой туберкулеза у больных детей с наличием положительных туберкулиновых проб необходимо проводить тщательное обследование с целью исключения туберкулеза. Противотуберкулезная терапия дает возможность предотвратить развитие ТП у детей.

## Литература

1. Василенко С.П., Билык М.О., Василенко С.Д. Частота сопутствующих заболеваний среди впервые диагностированного туберкулеза легких // Экологические проблемы во фтизиатрии и пульмонологии.— 2004.— С. 45.
2. Васильев А.В. Внелегочной туберкулез: Монография.— СПб, 2000.— С. 119—121.
3. Галинская Л.А. Туберкулез: лечение и профилактика: Монография.— Ростов-на-Дону, 2000.— С. 38—41.
4. Петренко В.И. Фтизиатрия: Монография.— Винница, 2006.— С. 153.
5. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит // Практическое руководство по материалам научно-практической конференции РАСХИ.— М., 2005.— С. 99—101.
6. Скачко Б.Г. Туберкулез: профілактика, лікування, реабілітація // Шлях до здоров'я.— К., 2006.— С. 12.
7. Фещенко Ю.І. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні // Здоров'я.— К., 2007.— С. 64—64.
8. Янченко Е.Н., Греймер М.С. Туберкулез у детей и подростков // Практическое руководство.— М., 2001.— С. 120—122.

## Туберкульозний перитоніт у підлітка

А.С. Соловйов, М.В. Северін

Запорізький державний медичний університет

Туберкульозний перитоніт вважається відносно рідкісним захворюванням у дітей. Згідно зі статистичними даними, у структурі позалегенового туберкульозу абдомінальний становить 2—3 %. Описано клінічний випадок туберкульозного перитоніту в підлітка.

**Ключові слова:** туберкульоз, перитоніт, діти.

## Tuberculous peritonitis in teenager

**A.E. Solovyov, M.V. Severin**

Zaporizhzhia State Medical University

Tuberculous peritonitis is considered to be a rare disease in children. Abdominal tuberculosis is about 2—3 % in the structure of extrapulmonary tuberculosis according to statistics. A clinical case of tuberculous peritonitis in a teenager was observed.

**Key words:** tuberculosis, peritonitis, children.