

DOI: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-13

Абдоминальный туберкулез у ребенка раннего возраста (клиническое наблюдение)

Л.В. Поддубная^{1,2}, Г.Ф. Дубакова², Т.С. Гелескул², Е.П. Шилова^{1,2}, Т.А. Колпакова¹, М.Ф. Осипенко¹, С.Д. Никонов³, В.П. Дробышева¹

¹ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия

²Филиал ГБУЗ НСО «ГОНКТБ» — Детская туберкулезная больница, Новосибирская обл., Россия

³ГБУЗ НСО «ГОНКТБ», Новосибирск, Россия

РЕЗЮМЕ

Абдоминальный туберкулез — специфическое туберкулезное поражение органов брюшной полости. У детей абдоминальный туберкулез в большинстве своем вторичен, встречается в основном в виде мезаденита и туберкулеза кишечника. В большинстве (63–96%) случаев процесс локализуется в илеоцекальном отделе кишечника. Представлен случай несвоевременно выявленного абдоминального туберкулеза с поражением лимфатических узлов брюшины и кишечника у ребенка с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов всех групп в фазе уплотнения и начала кальцинации. При обследовании (компьютерная томография) установлено поражение илеоцекального отдела толстого кишечника, гистологическое исследование биопсийного материала, взятого при эндоскопии толстого кишечника, показало гранулематозный колит микобактериальной природы. Ведущим клиническим проявлением был синдром мальабсорбции с нарастающей белково-энергетической недостаточностью. Особенность заболевания заключалась в редкой локализации специфического поражения — в тонком кишечнике с развитием стеноза тощей кишки, что привело к выраженному нарушению энтерального питания, развитию синдрома мальабсорбции с выраженной трофологической недостаточностью. Решающим фактором в установлении причины сформировавшегося синдрома мальабсорбции была лапаротомия, которую провели при развитии симптомов острой кишечной непроходимости. По нашему мнению, показанием к диагностической лапароскопии у детей с абдоминальным туберкулезом следует считать нарушение энтерального питания, синдром мальабсорбции, неподдающиеся коррекции на терапевтическом этапе лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: генерализованный первичный туберкулез, микобактерии туберкулеза, туберкулез кишечника, мезаденит, синдром мальабсорбции, стеноз тощей кишки, компьютерная томография, гистологическое исследование.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Поддубная Л.В., Дубакова Г.Ф., Гелескул Т.С., Шилова Е.П., Колпакова Т.А., Осипенко М.Ф., Никонов С.Д., Дробышева В.П. Абдоминальный туберкулез у ребенка раннего возраста (клиническое наблюдение). РМЖ. Медицинское обозрение. 2023;7(5):337–342. DOI: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-13.

Abdominal tuberculosis in a baby (case report)

L.V. Poddubnaya^{1,2}, G.F. Dubakova², T.S. Geleskul², E.P. Shilova^{1,2}, T.A. Kolpakova¹, M.F. Osipenko¹, S.D. Nikonov³, V.P. Drobysheva¹

¹Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation

²Children's Tuberculosis Hospital, the branch of Novosibirsk Regional Clinical Tuberculosis Hospital, Novosibirsk region, Russian Federation

³Novosibirsk Regional Clinical Tuberculosis Hospital, Novosibirsk, Russian Federation

ABSTRACT

Abdominal tuberculosis is a specific tuberculous lesion of the abdominal organs. In children, abdominal tuberculosis is mostly secondary, occurring mainly in the form of mesadenitis and intestinal tuberculosis. In most cases (63–96%), the process is localized in the ileocecal valve. The article presents a case of untimely diagnosed abdominal tuberculosis with lymph node lesions of the peritoneum and intestines in a child with intrathoracic lymph node tuberculosis of all groups during densification and the calcification onset. The examination (computed tomography) revealed a lesion of the ileocecal valve, while histology of biopsy material taken during colonoscopy showed granulomatous colitis of mycobacterial nature. The leading clinical manifestation was malabsorption syndrome with increased protein-energy undernutrition. The disease pattern was the rare localization of a specific lesion — in the small intestine with the development of jejunal stenosis, which led to a significant disorder of enteral nutrition and the development of malabsorption syndrome with severe trophological insufficiency. The decisive factor in determining the cause of the malabsorption syndrome was laparotomy, which was performed in presented signs of acute intestinal obstruction. In our opinion, an indication for diagnostic laparoscopy in children with abdominal tuberculosis should be considered the enteral nutrition disorder and malabsorption syndrome, which cannot be corrected at the therapeutic process stage.

KEYWORDS: primary generalized tuberculosis, mycobacterium tuberculosis, intestinal tuberculosis, mesadenitis, malabsorption syndrome, jejunal stenosis, computed tomography, histology.

FOR CITATION: Poddubnaya L.V., Dubakova G.F., Geleskul T.S., Shilova E.P., Kolpakova T.A., Osipenko M.F., Nikonov S.D., Drobysheva V.P. Abdominal tuberculosis in a baby (case report). Russian Medical Inquiry. 2023;7(5):337–342 (in Russ.). DOI: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-13.

ВВЕДЕНИЕ

Понятие «внегочный туберкулез» объединяет формы туберкулеза различной локализации, кроме туберкулеза органов дыхания [1, 2]. Одной из таких форм является абдоминальный туберкулез — специфическое туберкулезное поражение органов пищеварения, лимфатических узлов брыжейки, забрюшинного пространства, брюшины, печени и селезенки. В последние десятилетия изолированное поражение одного из органов брюшной полости встречается достаточно редко, чаще в специфический процесс вовлекаются одновременно несколько анатомических образований, потому клинические проявления абдоминального туберкулеза многолики, при этом патогномичные симптомы отсутствуют, процесс протекает под маской других заболеваний [3–6]. Наиболее частой формой абдоминального туберкулеза является поражение брыжеечных лимфатических узлов (мезаденит), когда при лимфогенном или гематогенном прогрессировании микобактерии туберкулеза (МБТ) проникают в кишечник, где развивается специфический процесс [2, 7]. Возможно первичное поражение кишечника при алиментарном пути распространения инфекции вследствие приема в пищу продуктов, инфицированных МБТ [2, 8]. Существует деглутационный механизм поражения кишечника — заглатывание большого количества бактерий мокроты при наличии легочного туберкулеза с очагами распада (спутогенная теория). До 1980 г. спутогенная теория генерализации туберкулезного процесса не признавалась [7], однако в период ухудшения эпидемической ситуации по туберкулезу, роста доли туберкулезного процесса с распадом, в том числе и казеозной пневмонии, выделен и спутогенный путь поражения кишечника [5]. Патоморфологические варианты туберкулеза кишечника представлены язвенной, гипертрофической или язвенно-гипертрофической формами. В большинстве (63–96%) случаев процесс локализуется в илеоцекальном отделе кишечника, редко поражаются тощая кишка, желудок [2, 6]. Современные лучевые методы обследования, в том числе компьютерная томография (КТ) брюшной полости, также подтверждают эти данные: илеоцекальная область поражается более чем в 90% случаев, другие отделы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) вовлекаются в туберкулезный процесс редко [9].

Абдоминальный туберкулез у детей — редкая внегочная локализация, его диагностика остается сложной задачей из-за его неспецифических клинических особенностей и неясных рекомендаций относительно наилучших диагностических инструментов [10, 11]. Мы наблюдали редкий клинический случай — абдоминальный туберкулез с поражением мезентериальных лимфатических узлов, брюшины, тонкой и толстой кишки, осложненный кишечной непроходимостью и стенозом тощей кишки, у ребенка раннего возраста, который приводим в данной публикации.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка К., 2 года (дата рождения: 12.06.2019), поступила в детскую туберкулезную больницу 28.10.2021. Девочка от 8-й беременности, 3-х родов. Роды в срок, самопроизвольные, родилась с массой 3430 г, длиной 55 см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без патологии. В роддоме проведены две прививки: БЦЖ против туберкулеза и прививка от гепатита В. На грудном вскармливании находилась до 1 мес., далее переведена на искусственное вскармливание коровьим молоком

(от адаптированных молочных смесей мать отказывалась), т. е. у грудного ребенка вскармливание было нерациональное и неадаптированное. В возрасте 8 мес. диагностировали железодефицитную анемию (ЖДА) средней степени тяжести (гемоглобин (Hb) 78–90 г/л). Проводилась коррекция вскармливания, лечение анемии (препараты железа), однако показатели Hb сохранялись на уровне 80–92 г/л. В мае 2021 г. консультирована фтизиатром по поводу контакта с отцом, больным диссеминированным туберкулезом в фазе распада, МБТ(+) с сохраненной лекарственной чувствительностью. Проба Манту с 2 туберкулиновыми единицами (ТЕ) ППД-Л от 21.05.2021 отрицательная. Профилактическое лечение не получала. В сентябре 2021 г. девочка перенесла кишечную инфекцию (гастроэнтерит средней степени тяжести). Через 1 мес. (09.10.2021) госпитализирована в детскую инфекционную больницу с диагнозом: новая коронавирусная инфекция (исследование мазка методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с положительным результатом — выявлена РНК SARS-CoV-2 от 06.10.2021), двусторонняя полисегментарная пневмония вирусной этиологии средней степени тяжести, дыхательная недостаточность 0-й степени. Обращали на себя внимание гипотрофия, ЖДА (Hb от 66 до 110 г/л), выраженная гипопропротеинемия (белок от 1,12 до 0,1 г/л в динамике), периферические отеки, увеличение объема живота, стул 5–7 раз в день. Исследование кала на скрытую кровь с положительным результатом, сплошь выявлены лейкоциты. При проведении КТ органов грудной клетки от 11.10.2021 обнаружено увеличение внутригрудных лимфатических узлов всех групп с обеих сторон с признаками кальцинации и очаговые тени в легких с обеих сторон. Ребенок переведен в детскую туберкулезную больницу (28.10.2021). При поступлении состояние тяжелое: выражены общие симптомы интоксикации, пониженное питание, масса тела 9,0 кг (дефицит массы тела составляет 36%), подкожно-жировой слой отсутствует в области живота и конечностей, тургор тканей снижен, кожные покровы бледные, сухие, кожа собирается в складку. Аппетит снижен. В легких дыхание проводится по всем полям, жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 100 в 1 мин. Живот увеличен в объеме, вздут, мягкий, доступен пальпации, симптомы раздражения брюшины не определяются. Перистальтика кишечника прослушивается. Из представленных данных предыдущих обследований отмечалась протеинурия от 1,12 до 0,1 г/л в динамике, гипохромная анемия с уровнем Hb от 66 до 110 г/л; гипоальбуминемия от 19,7 до 24,8 г/л. КТ органов грудной клетки от 25.11.2021: сохраняются признаки туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов в фазе уплотнения и частичной кальцинации, с наличием кальцинированных очагов в легких справа (С10) и слева (С1–2), мягкотканых очагов справа (С4) и слева (С1–2) (рис. 1).

На КТ органов брюшной полости от 25.11.2021 определяются множественные абдоминальные лимфатические узлы с кальцинацией и формированием конгломератов до 10 мм (рис. 2), неравномерное утолщение стенок слепой кишки, контуры слизистой нечеткие, принимают «пушистый» вид. Отмечается вовлечение в процесс дистальных отделов подвздошной кишки и начальной части восходящего отдела толстого кишечника. Визуализируются раздутые петли поперечно-ободочной кишки, заполненные газом, нисходящего отдела и сигмовидной кишки, заполненные жидким содержимым.

При исследовании промывных вод желудка (ПВЖ) на МБТ методом ПЦР (Gene Xpert) определена ДНК МБТ, чув-

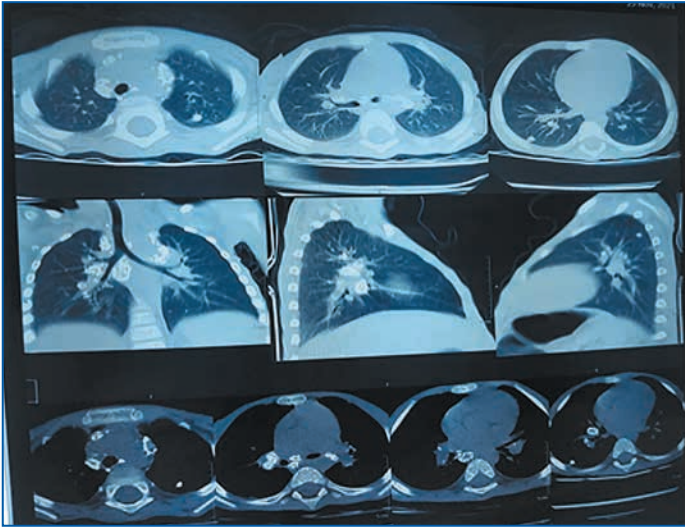


Рис. 1. Компьютерная томограмма органов грудной клетки: признаки туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов в фазе уплотнения и частичной кальцинации с наличием кальцинированных очагов в С10 правого и С1–2 левого легкого и мягкотканых очагов в С4 правого и С1–2 левого легкого

Fig. 1. Chest computed tomography: signs of intrathoracic lymph node tuberculosis during densification and partial calcification. Calcified foci in C10 of the right lung and C1-2 of the left lung; soft tissue foci in C4 of the right lung and C1-2 of the left lung

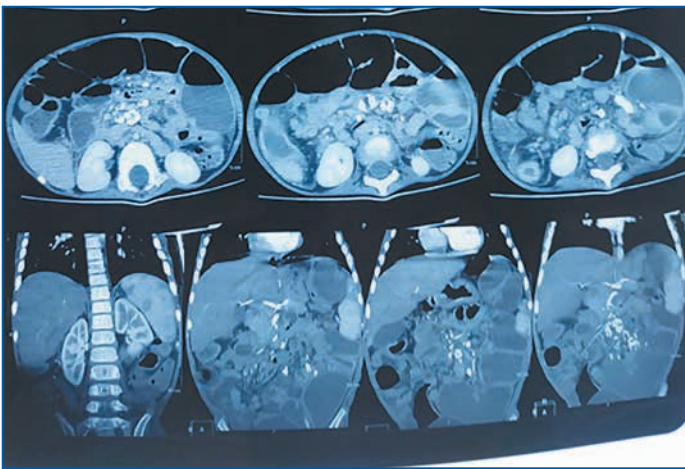


Рис. 2. Компьютерная томограмма органов брюшной полости от 25.11.2021: определяются множественные абдоминальные лимфатические узлы с кальцинацией, формирующие конгломераты до 10 мм

Fig. 2. Abdominal computed tomography dated 25.11.2021: multiple abdominal lymph nodes calcification forming masses up to 10 mm

ствительной к рифампицину. Микроскопия (световая, люминесцентная) ПВЖ, посев на жидкие и плотные питательные среды МБТ не выявили. Микроскопия кала (трехкратно): кислотоустойчивые МБТ не выделены. На основании данных обследования был поставлен диагноз: генерализованный первичный туберкулез (А16.7.2.1.1.2): туберкулез внутригрудных лимфатических узлов всех групп с обеих сторон в фазе уплотнения и начала кальцинации, осложненный лимфогенным прогрессированием (очаги отсева) в участок С1–2 левого и С10 правого легкого, МБТ(-), ПЦР(+) с чувствительностью к рифампицину. Абдоминальный туберкулез: ту-

беркулез внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов в фазе уплотнения и начала кальцинации, туберкулез кишечника в фазе инфильтрации. Сопутствующие заболевания: белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени. Гипохромная анемия средней степени.

Пациентка получала энтеральное питание адаптированной смесью на основе гидролизатов белка через зонд дробно по 10 мл в час. Проводилось лечение соответственно распространенности туберкулезного процесса и тяжести состояния пациентки: назначен индивидуализированный режим химиотерапии с применением противотуберкулезных препаратов — левофлоксацина, изониазида, пиразинамида, рифампицина. Добавлена патогенетическая терапия (ферментные препараты, гепатопротекторы, витамины), лечение сопутствующей патологии (препараты железа, парентеральное введение альбумина, глюкозо-калиевой смеси с инсулином). Состояние ребенка оставалось тяжелым вследствие синдрома мальабсорбции и выраженных гастроинтестинальных симптомов (тошнота, рвота, метеоризм, нарушение стула, чаще с преобладанием поноса или чередованием запора и поноса). Кормление ребенка проводилось дозированно, по 10–15 мл молочной смеси, однако и этот объем ребенок усваивал плохо, кормления заканчивались рвотой, вздутием живота. Консультирована хирургом (10.11.2021): острая хирургическая патология исключена. Для проведения парентерального питания и для дальнейшей диагностики ребенок переведен в областную клиническую больницу. За время нахождения в стационаре (с 01.12.2021 по 10.02.2022) на фоне комбинированной антибактериальной (меронем, линезолид) и противотуберкулезной терапии, парентерального питания отмечалась незначительная положительная динамика. Однако при попытке увеличения объема питания вновь отмечалось усиление гастроинтестинальных симптомов. Проводилось обследование с целью исключения болезни Крона, болезни Гиршпрунга. Выполнено эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ, выявившее очаговую эритематозную гастропатию. Проведено эндоскопическое исследование кишечника (20.12.2021): очаговый колит; гистологическое заключение: гранулематозный колит, вероятнее всего микобактериальной природы.

Ребенок заочно консультирован в ФГБУ НМИЦ ФПИ Минздрава России и ФГБУ СПб НИИФ Минздрава России. Выставленный ранее клинический диагноз подтвержден. Рекомендована госпитализация ребенка в клинику ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России для дальнейшего обследования и лечения.

В отделении гастроэнтерологии (с 22.02.2022 по 09.03.2022) ребенок консультирован педиатром-пульмонологом, аллергологом-иммунологом, неврологом. При проведении повторных эндоскопических и ультразвуковых исследований выявлены: умеренная гепатомегалия, перерастянутые петли кишечника во всех отделах с маятникообразной перистальтикой, пневматоз полостей кишечника верхнего этажа; подтвержден очаговый колит с участком сужения кишки в селезеночном углу. Высказано предположение о хронической динамической кишечной непроходимости. Доминирующим в клинической картине оставался синдром задержки физического развития с белково-калорийной недостаточностью 1–2-й степени смешанного генеза. Находясь в стационаре, пациентка получала парентеральное питание (специализированное лечебное питание для детей от 1 года до 10 лет на основе гидролизованного белка молочной сыворотки по 120 мл 4–5 раз

в день, смесь аминокислот и жировая эмульсия для парентерального питания по 25 мл/кг/сут — 296 ккал, 10% глюкоза 350 мл), изониазид, рифампицин, пиразинамид, витамин D 1500 МЕ в сутки, витамины группы В.

Состояние ребенка резко ухудшилось 09.03.2022 за счет нарастания признаков кишечной непроходимости: резко выраженное вздутие живота, рвота. По экстренным показаниям проведена лапаротомия с ревизией брюшной полости, выявлен участок тонкой кишки со стенозом, выполнена резекция данного участка с последующим наложением Т-образного анастомоза с энтеростомой. Исследование операционного материала выявило участок стеноза до 0,1 см на протяжении 0,5 см; при микроскопическом исследовании во всех слоях кишки (преимущественно в подслизистой и мышечной оболочке) выявлялись многочисленные эпителиоидно-клеточные и гигантоклеточные гранулемы с гигантскими многоядерными клетками типа Лангханса. По результатам клинического наблюдения, проведенного оперативного лечения и микроскопического исследования операционного материала установлена причина синдрома мальабсорбции у ребенка — туберкулез тощей кишки, осложненный стенозом с развитием кишечной непроходимости. Иммунодиагностические тесты на подтверждение туберкулезного генеза заболевания в динамике: проба Манту с 2 ТЕ от 21.05.2021 — отрицательная, от 25.03.2022 — папула 7 мм; проба «Диаскинтест» от 25.03.2022 — отрицательная, от 03.06.2022 — папула 12 мм; квантифероновый тест от 29.03.2022 — положительный.

Для продолжения основного курса лечения (ОКЛ) генерализованного туберкулеза ребенок 14.04.2022 переведен в филиал ГБУЗ НСО «ГОНКТБ» — Детскую туберкулезную больницу, где находился на лечении до 04.10.2022 с клиническим диагнозом: «Генерализованный первичный туберкулез (А 16.7.2.1.1.1.2): туберкулез внутригрудных лимфатических узлов всех групп с обеих сторон в фазе уплотнения и начала кальцинации, осложненный очагами отсева в левое (С1–2) и правое (С10) легкие, МБТ(-). Абдоминальный туберкулез: туберкулез внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов в фазе уплотнения и начала кальцинации, туберкулез кишечника в фазе инфильтрации и рубцевания, осложненный стенозом тощей кишки с развитием кишечной непроходимости. Состояние после резекции тонкой кишки (09.03.2022) с наложением Т-образного анастомоза, энтеростомы». Сопутствующий диагноз: тяжелая белково-энергетическая недостаточность (Е43); железодефицитная анемия средней степени тяжести инфекционно-алиментарного генеза (D50).

В течение ОКЛ (28.10.2021–04.10.2022) получено 348 суточных доз этиотропной противотуберкулезной терапии (интенсивная фаза — 194 дозы, фаза продолжения — 154 дозы). Комплексное лечение ребенка (этиотропная химиотерапия, симптоматическое, хирургическое лечение) позволило добиться положительной динамики: улучшились эмоциональный тонус, аппетит, увеличилась масса тела (в возрасте 3 года 4 месяца масса тела составила 10,8 кг). При объективном исследовании (04.10.2022) органов брюшной полости: живот правильной симметричной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. На передней брюшной стенке послеоперационный рубец после энтеростомы (стома закрыта 12.06.2022) по средней линии живота после лапаротомии. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги.

На КТ органов грудной клетки от 20.09.2022 выявлены признаки туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов

в фазе уплотнения и кальцинации с наличием кальцинированных очагов в правом (С10) и левом (С1–2) легких. В сравнении с предыдущим результатом обследования от 17.06.2022 — без динамики. На КТ органов брюшной полости от 20.09.2022 выявлены признаки гепатоспленомегалии; состояние после операции на кишечнике — резекции тонкой кишки: гиперперневроз кишечника, множественные кальцинированные абдоминальные лимфоузлы, свидетельствующие об абдоминальном туберкулезе в фазе уплотнения и кальцинации.

Решение центральной врачебной консультативной комиссии ГБУЗ НСО «ГОНКТБ» от 04.10.2022: ОКЛ закончен с высокой эффективностью. Ребенок переведен в 3-ю группу диспансерного наблюдения противотуберкулезного диспансера по месту жительства. Диагноз при выписке: «Клиническое излечение туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов всех групп с обеих сторон с исходом в кальцинаты (В90.9.3.). Клиническое излечение туберкулеза мезентериальных лимфоузлов с исходом в кальцинаты. Состояние после резекции тонкой кишки».

ОБСУЖДЕНИЕ

Абдоминальный туберкулез у детей в большинстве своем вторичен. Локальные проявления абдоминального туберкулеза у детей встречаются в основном в виде туберкулеза кишечника, мезаденита и перитонита [7, 12]. Возникновение клинических симптомов связано с нервно-рефлекторным воздействием воспаления на ЖКТ или с вовлечением в туберкулезный процесс брюшины. Поражение брыжеечных лимфоузлов проявляется общими симптомами интоксикации, местным процессом в лимфоузлах и в участках брюшины, прилегающих к пораженным лимфоузлам [7, 9]. Детей беспокоят боли, локализующиеся в области живота, где сосредоточено наибольшее количество лимфатических узлов. Туберкулез кишечника, как правило, развивается медленно. Начало заболевания обычно бессимптомное либо с нарастанием симптомов туберкулезной интоксикации. При любой локализации абдоминального туберкулеза в процесс вовлекается пищеварительный тракт, нарушаются процессы пищеварения и всасывания, что приводит к потере массы тела, иногда к истощению. Почти всегда наблюдаются гастроинтестинальные симптомы: снижение аппетита, периодическая тошнота, рвота, неустойчивый стул и вздутие живота. Особенностью туберкулеза кишечника у детей является поперечное расположение формирующихся язв относительно продольной оси кишки по ходу лимфатических сосудов, поэтому при заживлении язвенных изменений наступает не только сужение просвета кишки, но и ее укорочение [9]. Осложнения в течении туберкулеза кишечника нередко связаны с формированием псевдополипов, свища, развитием непроходимости вследствие стеноза кишки [7], что и отмечалось у представленной пациентки. Диагностика туберкулеза кишечника включает комплексное обследование: анамнез, осмотр, лабораторные данные и иммунодиагностические пробы, лучевые методы исследования, включая КТ, ультразвуковую диагностику органов брюшной полости, а окончательный диагноз абдоминального туберкулеза подтверждается только после диагностической лапароскопии и биопсии при морфогистологическом исследовании операционного материала [11, 12]. Выявление кальцинированных лимфатических узлов в брюшной полости практически всегда свидетельствует о наличии туберкулезного мезаденита. Между тем поражение туберкулезом ЖКТ встречается

нечасто, среди внелегочных локализаций преобладает поражение костно-суставной, мочеполовой систем и туберкулез периферических лимфатических узлов [13]. Абдоминальный туберкулез является сложным и потенциально очень тяжелым заболеванием, которое при неправильной диагностике может быть связано с тяжелыми осложнениями [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, поздняя диагностика заболевания у ребенка раннего возраста, имевшего контакт с больным туберкулезом, явилась причиной развития генерализованной формы болезни, а лимфогематогенное прогрессирование туберкулезной инфекции — причиной поражения ЖКТ с локализацией процесса в мезентериальных лимфатических узлах, в толстой и тонкой кишке. Особенностью данного клинического наблюдения был синдром мальабсорбции вследствие нечастой локализации туберкулезного процесса в тонкой кишке с развитием стеноза тощей кишки, приведшего к развитию выраженной трофологической недостаточности и кишечной непроходимости. Решающим фактором в установлении причины сформировавшегося синдрома мальабсорбции была лапаротомия, которую провели при развитии симптомов острой кишечной непроходимости. По нашему мнению, показанием к диагностической лапароскопии у детей с абдоминальным туберкулезом следует считать нарушение энтерального питания, синдром мальабсорбции, не поддающиеся коррекции на терапевтическом этапе лечения.

Литература / References

- Перельман М.И., Богдельникова И.В. Фтизиатрия: учебник. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013. [Perelman M.I., Bogadelnikova I.V. Phthisiology: textbook. 4th ed. M.: GEOTAR-Media, 2013 (in Russ.).]
- Похитонова М.П. Клиника, лечение и профилактика туберкулеза у детей. М.; 1952. [Pokhitonova M.P. Clinic, treatment and prevention of tuberculosis in children. M.; 1952 (in Russ.).]
- Барканова О.Н., Гагарина С.Г., Калуженина А.А., Попкова Н.Л. Туберкулез легких и заболевания желудочно-кишечного тракта. Лекарственный вестник. 2015;9(2(58)):33–37. [Baranova O.N., Gagarina S.G., Kaluzhenina A.A., Popkova N.L. Pulmonary tuberculosis and diseases of the gastrointestinal tract. *Lekarstvennyj vestnik*. 2015;9(2(58)):33–37 (in Russ.).]
- Зайцева Е.В., Соколова М.Г. Внелегочный туберкулез, клинические формы и принципы ведения. Противотуберкулезный диспансер. Эффективная междисциплинарная концепция. М.; 2023. [Zaitseva E.V., Sokolova M.G. Extrapulmonary tuberculosis, clinical forms and principles of management. *Tuberculosis dispensary. An effective interdisciplinary concept*. M.; 2023 (in Russ.).]
- Зырянова Т.В., Поддубная Л.В., Федорова М.В., Липский К.А. Туберкулез органов брюшной полости у больных туберкулезом легких. Медицина и образование в Сибири. 2009;2. (Электронный ресурс.) URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tuberkulez-organov-bryushnoy-polosti-u-bolnyh-tuberkulezom-legkih> (дата обращения: 09.04.2023). [Zyryanova T.V., Poddubnaya L.V., Fedorova M.V., Lipsky K.A. Tuberculosis of abdominal organs in patients with pulmonary tuberculosis. *Medicine and education in Siberia*. 2009;2. (Electronic resource.) URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tuberkulez-organov-bryushnoy-polosti-u-bolnyh-tuberkulezom-legkih> (access date: 04.09.2023) (in Russ.).]
- Пилипчук Н.С. Туберкулез кишок, брюшины, брыжеечных лимфатических узлов. Киев; 1987. [Pilipchuk N.S. Tuberculosis of the intestines, peritoneum, mesenteric lymph nodes. Kiev; 1987 (in Russ.).]
- Янченко Е.Н., Греймер М.С. Туберкулез у детей и подростков. Ленинград; 1987. [Yanchenko E.N., Greimer M.S. Tuberculosis in children and adolescents. Leningrad; 1987 (in Russ.).]
- Поддубная Л.В., Зырянова Т.В., Петренко Т.И. и др. Туберкулез органов брюшной полости у больных туберкулезом легких. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;153(5):38–43. [Poddubnaya L.V., Zyryanova T.V., Petrenko T.I. et al. Abdominal tuberculosis in pulmonary tuberculosis patients. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2018;153(5):38–43 (in Russ.).]
- Соловьев А.Е., Васин И.В., Ефимов Е.А. Абдоминальный туберкулез у детей. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2022;12:78–84. [Soloviev A.E., Vasin I.V., Efimov E.A. Abdominal tuberculosis in children. *Pirogov Russian Journal of Surgery=Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova*. 2022;(12):78–84 (in Russ.). DOI: 10.17116/hirurgia202212178.
- Sartoris G., Seddon J.A., Rabie H. et al. Abdominal Tuberculosis in Children: Challenges, Uncertainty, and Confusion. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2020;9(2):218–227. DOI: 10.1093/jpids/piz093.
- Alam R., Karim A.B., Rukunuzzaman M. Abdominal Tuberculosis in Children: Is It Really Uncommon? *Mymensingh Med J*. 2020;29(3):738–746. PMID: 32844820.
- Uzunkoy A., Harma M., Harma M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: experience from 11 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2004;10(24):3647–9. DOI: 10.3748/wjg.v10.i24.3647.
- Мордык А.В., Яковлева А.А., Николаева И.Н., Леонтьев В.В. Актуальность проблемы внелегочного туберкулеза в современных эпидемиологических условиях. Тихоокеанский медицинский журнал. 2015;3:20–21. [Mordyk A.V., Yakovleva A.A., Nikolaeva I.N., Leontiev V.V. Relevance of the problem of extrapulmonary tuberculosis in modern epidemiological conditions. *Pacific Medical Journal*. 2014;1:19–21 (in Russ.).]
- Lukosiute-Urboniene A., Dekeryte I., Donielaitė-Anise K. et al. Challenging diagnosis of abdominal tuberculosis in children: case report. *Int J Infect Dis*. 2022;116:130–132. DOI: 10.1016/j.ijid.2021.12.342.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Поддубная Людмила Владимировна — д.м.н., доцент, профессор кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России; 630091, Россия, г. Новосибирск, Красный пр-т, д. 52; врач-фтизиатр филиала ГБУЗ НСО «ГОНКТБ» — Детская туберкулезная больница; 630534, Россия, Новосибирская обл., Новосибирский р-н, д.п. Мочище, ул. Краснобаева, д. 6.

Дубакова Галина Федоровна — врач-фтизиатр, заведующая детским отделением филиала ГБУЗ НСО «ГОНКТБ» — Детская туберкулезная больница; 630534, Россия, Новосибирская обл., Новосибирский р-н, д.п. Мочище, ул. Краснобаева, д. 6.

Гелескул Татьяна Сергеевна — врач-фтизиатр, заведующая филиалом ГБУЗ НСО «ГОНКТБ» — Детская туберкулезная больница; 630534, Россия, Новосибирская обл., Новосибирский р-н, д.п. Мочище, ул. Краснобаева, д. 6.

Шилова Елена Петровна — ассистент кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России; 630091, Россия, г. Новосибирск, Красный пр-т, д. 52; врач-фтизиатр филиала ГБУЗ НСО «ГОНКТБ» — Детская туберкулезная больница; 630534, Россия, Новосибирская обл., Новосибирский р-н, д.п. Мочище, ул. Краснобаева, д. 6.

Колпакова Татьяна Анатольевна — д.м.н., профессор кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России; 630091, Россия, г. Новосибирск, Красный пр-т, д. 52; ORCID iD 0000-0002-9668-806X.

Осипенко Мария Федоровна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России; 630091, Россия, г. Новосибирск, Красный пр-т, д. 52; ORCID iD 0000-0002-5156-2842.

Никонов Сергей Данилович — д.м.н., заведующий отделением гравитационной хирургии крови ГБУЗ НСО «ГОНКТБ»; 630082, Россия, г. Новосибирск, ул. Вавилова, д. 14.

Дробышева Вера Петровна — д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России; 630091, Россия, г. Новосибирск, Красный пр-т, д. 52; ORCID iD 0000-0001-7895-2536.

Контактная информация: Поддубная Людмила Владимировна, e-mail: podd@ngs.ru.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 30.03.2023.

Поступила после рецензирования 24.04.2023.

Принята в печать 22.05.2023.

ABOUT THE AUTHORS:

Lyudmila V. Poddubnaya — Dr. Sc. (Med.), Associate Professor, Professor of the Department of Phthiopulmonology, Novosibirsk State Medical University; 52, Krasny ave, Novosibirsk, 630091, Russian Federation; phthiologist of the Children's Tuberculosis Hospital, the branch of Novosibirsk Regional Clinical Tuberculosis Hospital; 6, Krasnobayev str., Novosibirsk region, dacha village Mochische, 630534, Russian Federation.

Galina F. Dubakova — phthiologist, Head of the Children's Department of the Children's Tuberculosis Hospital, the branch of Novosibirsk Regional Clinical Tuberculosis Hospital; 6, Krasnobayev str., Novosibirsk region, dacha village Mochische, 630534, Russian Federation.

Tatiana S. Geleskul — phthiologist, Head of the Children's Tuberculosis Hospital, the branch of Novosibirsk Regional Clinical Tuberculosis Hospital; 6, Krasnobayev str., Novosibirsk region, dacha village Mochische, 630534, Russian Federation.

Elena P. Shilova — Assistant Professor of the Department of Phthiopulmonology, Novosibirsk State Medical University; 52,

Krasny ave, Novosibirsk, 630091, Russian Federation; phthiologist of the Children's Tuberculosis Hospital, the branch of Novosibirsk Regional Clinical Tuberculosis Hospital; 6, Krasnobayev str., Novosibirsk region, dacha village Mochische, 630534, Russian Federation.

Tatiana A. Kolpakova — Dr. Sc. (Med.), Professor of the Department of Phthiopulmonology, Novosibirsk State Medical University; 52, Krasny ave, Novosibirsk, 630091, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-9668-806X.

Maria F. Osipenko — Dr. Sc. (Med.), Professor, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Novosibirsk State Medical University; 52, Krasny ave, Novosibirsk, 630091, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-5156-2842.

Sergey D. Nikonov — Dr. Sc. (Med.), Head of the Department of Gravitational Blood Surgery, Novosibirsk Regional Clinical Tuberculosis Hospital; 14, Vavilov str., Novosibirsk, 630082, Russian Federation.

Vera P. Drobysheva — Dr. Sc. (Med.), Professor of the Department of Hospital Therapy, Novosibirsk State Medical University; 52, Krasny ave, Novosibirsk, 630091, Russian Federation; ORCID iD 0000-0001-7895-2536.

Contact information: Lyudmila V. Poddubnaya, e-mail: podd@ngs.ru.

Financial Disclosure: no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interests.

Received 30.03.2023.

Revised 24.04.2023.

Accepted 22.05.2023.

XXI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ



**ПРОГРАММА
КОНГРЕССА ПОДАНА
НА АККРЕДИТАЦИЮ
В КОМИССИЮ ПО НМО**



21-22 сентября 2023 г.

РЕГИСТРАЦИЯ

Москва, ул. Новый Арбат, д. 36