

**ОСТРЫЙ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ КОЛИТ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ
КАК ПРИЧИНА ЛОЖНОГО «ОСТРОГО ЖИВОТА»**

С.А. БЕЛОВ*, К.В. СТЕГНИЙ**, А.А. ГРИГОРИЮК**, М.Г. БОБЫРЕВА*

**Приморский краевой противотуберкулёзный диспансер,
г. Владивосток, ул. Пятнадцатая, 2 Тел: 233-39-64; e-mail: info@pkpd.ru.
**Тихоокеанский государственный медицинский университет,
г. Владивосток пр. Острякова 2 тел. 8(4232) 45-17-19*

Аннотация: анализ историй болезни пациентов, с клиникой острого колита Приморского краевого противотуберкулёзного диспансера за период с 2005 по 2011 годы показало, что большинство случаев его возникновения было связано с назначением противотуберкулёзной химиотерапии. Всего выявлено 48 таких больных. В 64,6% случаев потребовалось проведения дифференциальной диагностики с острой хирургической патологией органов брюшной полости, для чего использован метод безгазовой лапароскопии. Проявления острого медикаментозного колита удалось купировать в сроки от 1 до 3 месяцев у 42 пациентов, у 4 до полугода. Двум пациентам явления колита купировать не удалось.

Ключевые слова: туберкулёз, медикаментозный колит.

**ACUTE MEDICAMENTOUS COLITIS IN THE PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS
AS THE CAUSE FALSE «ACUTE ABDOMEN»**

S.A.BELOV*, K.V.STEGNY**, A.A.GRIGORYUK**, M.G.BOBYREVA*

**Seaside regional antituberculous dispensary, Vladivostok
**Pacific state medical university, Vladivostok*

Abstract: the analysis of case histories of patients, with clinic of an acute colitis of the Seaside regional antituberculous dispensary from 2005 for 2011 showed that the majority of cases of its emergence was bound to purpose of an antituberculous chemotherapy. In total 48 such patients were revealed. In 64,6% of cases the differential diagnostics with acute surgical pathology of abdominal organs by the method of a gasless laparoscopy was carried out. It was possible to stop implications of an acute medicamental colitis in terms from 1 to 3 months in the 42 patients, in the 4 before half a year; it was impossible to stop the colitis in the 2 patients.

Key words: tuberculosis, medicamental colitis.

Колитами называется группа воспалительных заболеваний толстой кишки, имеющих различный механизм возникновения и развития. Современный взгляд на этиологию этого заболевания складывается из трёх концепций: инфекционной, токсической и токсико-аллергической [3, 5, 6, 7].

При наличии туберкулезной интоксикации специфическим изменениям в кишечной стенке предшествуют неспецифические, которые имеют токсико-аллергическую природу. Они заключаются в гиперплазии фолликулярного аппарата с отеком лимфоидной ткани или образовании диффузных макрофагальных инфильтратов в подслизистом слое, а также пролиферативно-экссудативных васкулитов, нередко с фибринозным некрозом сосудистой стенки [1, 2, 4, 7, 8]. При этом у больных появляется клиника «острого живота».

Увеличение числа случаев ложного «острого живота» связанных с клиникой острого медикаментозного колита у больных туберкулезом, подтолкнуло нас к подробному изучению данной проблемы. А необходимость выработки хирургической тактики в отношении этой категории больных, потребовало включения лапароскопических методов диагностики в алгоритм их обследования.

Цель исследования – проанализировать случаи медикаментозного колита у больных противотуберкулёзного диспансера, определить частоту возникновения клиники ложного «острого живота», выбрать и рекомендовать наиболее информативные методы диагностики.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов с клиникой острого колита Приморского краевого противотуберкулёзного диспансера за период с 2005 по 2011 годы. Используются данные клинического обследования, бактериоскопии, рентген, УЗИ и эндоскопических методов диагностики.

Результаты и их обсуждение. С 2005 года мы наблюдали 48 больных с клинической картиной медикаментозного колита, развившегося в стационаре на фоне проведения специфической терапии. Мужчин было 20 (41,7%), женщин – 28 (58,3%). Средний возраст $32,6 \pm 3,4$ года. У 42 (87,5%) на обзорной рентгенограмме выявлена деструкция легочной ткани, у 40 (83,3%) регистрировалось бактериовыделение. Лечение проводилось по I и III режиму противотуберкулёзной химиотерапии 29-и, по ПА режиму 4-м, по ПБ режиму 10-и, по IV режиму 5-и пациентам. При которых назначались от 4-х препаратов при I и III режимах до 7-ми при лекарственной устойчивости туберкулёзной палочки.

Появление клинических симптомов колита у всех пациентов происходило в разные периоды медикаментозной терапии: от двух недель до полугода. Чаще всего они возникали остро – в течение 2-3-х суток и начиналось с диареи с частым жидким стулом от 5 до 20-30 раз. Затем появлялась волнообразная, а иногда постоянная боль по всей поверхности живота. Параллельно разворачивались симптомы интоксикации, водно-электролитных нарушений. Состояние больных прогрессивно ухудшалось. К туберкулёзной интоксикации присоединялись симптомы обезвоживания. Гемодинамика становилась не стабильной. Язык сухой, обложен малиновым налётом. Размер печени увеличивался на 3-5 см. Живот ограничено участвовал в акте дыхания, при пальпации отмечалась болезненность во всех отделах, иногда ригидность в одном из них. Симптомы раздражения брюшины были либо сомнительными, либо слабо положительными. В клиническом анализе крови выраженная лейкомоидная реакция от 14-15 000 до 45-50 000 со сдвигом влево до промиелоцитов. Прогрессирующий рост печеночных проб до 500 мкмоль/л, мочевины до 32 ммоль/л. При УЗИ обследовании выявлялись диффузные изменения почек, печени, поджелудочной железы, увеличение забрюшинных лимфатических узлов, свободная жидкость в брюшной полости. Посевы кала на вторичную флору и туберкулёз были отрицательные. При колоноскопии и ректороманоскопии выявлялись гиперемия, отек, кровоточивость слизистой, реже – эрозивные изменения (чаще правой половины толстой кишки). Гистоморфологическое исследование всегда показывало продуктивное воспаление, сочетающееся с нарушением регенерации эпителия (рис.).

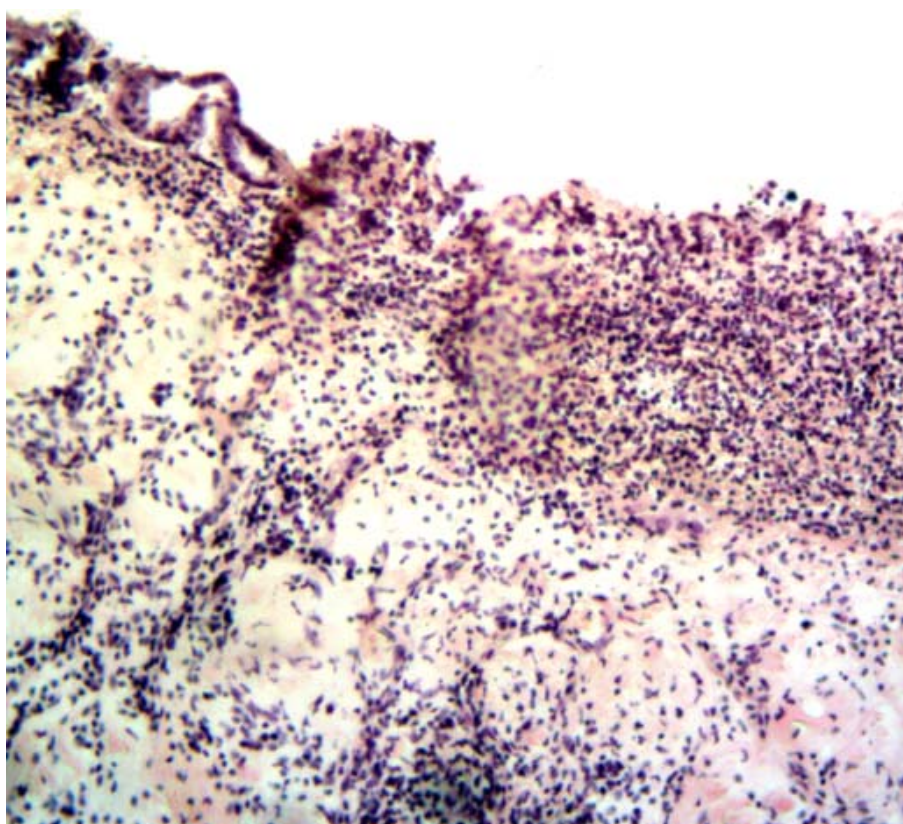


Рис. Острая язва слизистой оболочки толстой кишки. Гематоксилин и эозин, ув. 100^x.

Такая клиническая картина сохранялась в течение 2-4 недель даже после отмены специфических препаратов. Помимо отмены противотуберкулёзных препаратов пациентам с установленным диагнозом медикаментозный колит проводился курс дезинтоксикационной и заместительной терапии, пробиотиков. Кроме этого длительный курс дексаметазона до 32 мг/сутки, сосудистых и антигистаминных препаратов.

У 42 пациентов проявления острого медикаментозного колита удалось купировать в сроки от 1 до 3 месяцев, у 4 до полугода, с последующим назначением специфической химиотерапии в щадящем режиме. Двум пациентам явления колита купировать не удалось. На фоне прогрессирования туберкулёза лёгких наступил летальный исход.

У 31 (64,6%) пациента потребовалось проведение дифференциальной диагностики с острой хирургической патологией органов брюшной полости. Для её проведения в нашем стационаре применяется метод безгазовой лапароскопии. Преимуществами выполнения безгазовой лапароскопии под местной анестезией являются: возможность ее выполнения у тяжелых больных с нестабильной гемодинамикой и дыхательной недостаточностью, отсутствие давления газа на диафрагму, органы брюшной полости и простота ее исполнения.

Основой метода является система, состоящая из троакара, лапаролифта, оптической системы с автономным источником питания и освещения, объединенные в один инструмент. На данную полезную модель выдан патент РФ № 114835 от 8.11.2011 г

Благодаря его применению в 30 случаях удалось избежать ненужной лапаротомии, которая привела бы к утяжелению состояния больных. В одном случае потребовалось проведение лапаротомии из-за выявленного перфоративного перитонита.

Выводы:

1. Проведение противотуберкулёзной химиотерапии у ряда больных может вызвать развитие острого медикаментозного колита.

2. Дифференциальная диагностика острой абдоминальной патологии во фтизиатрии должна основываться на применении видеоэндоскопии. Применение безгазовой лапароскопии у больных туберкулёзом лёгких позволяет минимизировать инвазию вмешательства, избежать диагностических ошибок и помогает выбрать правильную хирургическую тактику.

Литература

1. *Арямкина, О.Л.* «Хирургические маски» абдоминального туберкулёза / О.Л. Арямкина, Л.Н. Савоненкова // *Анналы хирургии.*– 2010.– № 2.– С. 42–46.
2. *Батыров, Ф.А.* Коррекция метаболических нарушений у больных туберкулёзом лёгких с сопутствующими заболеваниями / Ф.А. Батыров, М.С. Скопин, М.В. Матросов // *Российский медицинский журнал.*– 2009.– № 1.– С. 56.
3. *Бельмер, С.В.* Антибиотик-ассоциированный дисбактериоз кишечника / С.В. Бельмер // *Российский медицинский журнал.*– 2004.– №12.– С.12–18.
4. Лекарственные поражения печени с упорным течением у больных туберкулёзом / А.В. Березников [и др.] // *Туберкулёз и болезни лёгких.*– 2010.– №4.– С. 43–46.
5. *Гельбер, И.С.* Негативные воздействия полихимиотерапии у больных туберкулёзом и пути их коррекции / И.С. Гельбер, С.Б. Вольф, Н.И. Врублевская // *Проблемы туберкулёза.*– 2002.– №4.– С. 12–15.
6. *Николаева, О.Д.* Побочное действие химиопрепаратов у больных туберкулёзом лёгких с сопутствующими заболеваниями / О.Д. Николаева // *Врачебное дело.*– 2003.– № 3.– С. 74–78.
7. *Линевский, Ю.В.* Туберкулёз кишечника / Ю.В. Линевский, К.Ю. Линевская, К.А. Воронин // *Лікування.* – 2007.– №3(39).– Р. 22–25
8. Diagnostic dilemma of abdominopelvic tuberculosis: a series of 20 cases / X. Xi [et al.] // *J Cancer Res Clin Oncol.*– 2010.– Vol.136.– P. 1839–1844.