

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗОЛИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕЧЕНИ

R.K. Ягафарова¹, И.Н. Аталипова¹, Е.В. Павлова¹, А.В. Плешаков²

¹ ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

² ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер Минздрава Республики Башкортостан», г. Уфа

Продемонстрирован редкий клинический случай изолированного туберкулеза печени. Дифференциальная диагностика, диагностика туберкулеза этой локализации представляют значительные трудности для врача общей лечебной сети. Решающую роль в постановке и верификации диагноза играет гистологическое исследование биопсийного (операционного) материала, полученного при лапароскопии. Ввиду жалоб пациентки на ноющие боли в животе, длительный необъяснимый субфебрилитет, отсутствие отклонений от нормы в результатах общего клинического минимума обследования, возникших сложностей дифференциальной диагностики данное клиническое наблюдение представляет профессиональный интерес для врачей различных специальностей.

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, абдоминальный туберкулез, туберкулез печени, диагностика

Для цитирования: Ягафарова Р.К., Аталипова И.Н., Павлова Е.В., Плешаков А.В. Клинический случай изолированного туберкулеза печени // Туберкулез и социально значимые заболевания. – 2025. – Т. 13, №2. – С. 53-56.

<https://doi.org/10.54921/2413-0346-2025-13-2-53-56>

A CLINICAL CASE OF ISOLATED LIVER TUBERCULOSIS

R.K. Yagafarova¹, I.N. Atalipova¹, E.V. Pavlova¹, A.V. Pleshakov²

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Bashkir State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ufa

² State Budgetary Healthcare Institution «Republican Clinical Antituberculosis Dispensary of the Ministry of Health of the Republic of Bashkortostan», Ufa

A rare clinical case of isolated liver tuberculosis has been demonstrated. Differential diagnosis and diagnosis of tuberculosis of this localization present significant difficulties for a doctor of general medical network. The histological examination of biopsy or surgical material obtained during laparoscopy plays a crucial role in verifying the diagnosis. Due to the patient's complaints of aching abdominal pain, prolonged unexplained subfebrile temperature, normal results of the routine clinical examination, and difficulties in differential diagnosis, this clinical observation is of professional interest to doctors of various specialties.

Key words: extrapulmonary tuberculosis, abdominal tuberculosis, liver tuberculosis, diagnosis

For citations: Yagafarova R.K., Atalipova I.N., Pavlova E.V., Pleshakov A.V. A clinical case of isolated liver tuberculosis. *Tuberculosis and socially significant diseases*. Vol. 13, № 2, pp. 53-56. (In Russ.) <https://doi.org/10.54921/2413-0346-2025-13-2-53-56>

В настоящее время в условиях стабилизации эпидемиологической ситуации по туберкулезу в целом проблема внелегочного туберкулеза сохраняет свое значение и, по мнению многих авторов, становится все более существенной [1, 2, 4, 9, 15, 16]. История изучения внелегочного туберкулеза достаточно длительна; в то же время многие зарубежные авторы склонны недооценивать эту проблему, в частности, эпидемическую опасность внелегочного туберкулеза. На территории России продолжается рост неконтролируемой миграции, утрачена отложенная система эпидемиологического слежения и диспансерного обслуживания населения. Повсеместное ухудшение профилактической работы по своевременному выявлению пациентов, распространность лекарственной устойчивости возбудителя, тяжелой сопутствующей патологии, ВИЧ-инфекции привели к тому, что удельный вес внеле-

гочного туберкулеза в структуре заболеваемости туберкулезом с 90-х годов XX века по настоящее время снизился почти втрое, что противоречит мировой статистике и, по мнению некоторых авторов, свидетельствует о полной несостоятельности проводимых организационных мероприятий [14].

Диагностика туберкулеза внелегочных локализаций трудна, заболевание имеет тенденцию протекать скрыто, под маской других патологических процессов. Более чем у половины больных внелегочным туберкулезом диагностируют запущенные формы заболевания, что приводит к инвалидизации 25–50% из них [7, 8, 16].

На абдоминальный туберкулез (АТ), занимающий особое положение среди внелегочных локализаций из-за значительных сложностей его диагностики, приходится от 4,4–8,3 до 17–21% всех внелегочных локализаций, что не позволяет считать

его редким заболеванием. За последние несколько лет число больных с абдоминальным туберкулезом значительно возросло, что связано также с ростом числа больных с ВИЧ-инфекцией.

Эпидемиологическая ситуация осложняется еще и тем, что больные АТ длительное время безуспешно обследуются в общесоматических стационарах. Остается высоким процент диагностических и тактических ошибок, что отчасти связано с объективными причинами – АТ имеет полиморфную клиническую картину и протекает под маской многих общесоматических заболеваний (хронического гастрита, колита, аппендицита, холецистита, аднексита и других заболеваний, формирующих так называемую «группу риска» по АТ). В связи с этим вопросы диагностики абдоминального туберкулеза представляют собой сложную и актуальную проблему.

Необходимо отметить, что в современной литературе отсутствуют публикации с анализом всего комплекса приемов диагностики абдоминального туберкулеза; преимущественно представлены описания отдельных наблюдений из практики. Только в единичных работах авторы делают попытку обобщить результаты клинико-лабораторного обследования больных АТ. По-прежнему больные с этой патологией месяцами обследуются в различных учреждениях общей лечебной сети, в условиях полного отсутствия эпидемиологической настороженности в отношении туберкулеза внелегочных локализаций [5, 6, 11].

Вышеизложенное свидетельствует о неблагоприятных тенденциях в развитии эпидемической ситуации как по туберкулезу в целом, так и по внелегочному туберкулезу в частности, что отражается на клинической структуре заболевания и эффективности проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

Заболевание развивается вследствие распространения микобактерий туберкулеза (МБТ) лимфогенным путем из первичных очагов; нельзя также исключить возможность алиментарного заражения. Туберкулезный процесс часто не ограничивается только брыжеечными лимфатическими узлами, распространяясь на другие группы лимфоузлов брюшной полости, брюшину, кишечник, органы малого таза. Туберкулез чаще всего поражает следующие органы брюшной полости: кишечник – 70%, лимфатические узлы – 60%, брюшина – 40%, селезенка – 25%, печень – 15%; часто встречаются сочетанные туберкулезные поражения разных органов [3, 6, 12, 13].

Туберкулез печени встречается в милиарной, диффузной, очаговой формах и в виде туберкулемы. При милиарной форме в печени образуются типичные туберкулезные гранулемы. Крупные казеозные очаги инкапсулируются и обызвествляются, могут формироваться абсцессы печени, клинически проявляющиеся желтухой и спленомегалией. Для диагностики заболевания проводят лапароскопию с биопсией и последующим гистологическим исследованием материала. Развитие туберкулезного процесса в печени встречается крайне редко,

как правило, у пациентов, имеющих риски ослабления местного и общего иммунитета, а также активный туберкулезный процесс в легких. Туберкулез печени не включен в современную классификацию туберкулеза в связи с тем, что до настоящего времени он считается редким заболеванием, описаны только единичные наблюдения [14].

Представлено клиническое наблюдение одного из таких случаев.

Пациентка К., 52 лет, проживающая в г. Уфе, Республика Башкортостан, обратилась по месту жительства к врачу-гастроэнтэрологу с жалобами на периодические боли в правом подреберье ноющего характера, не связанные с приемом пищи, иногда усиливающиеся, чаще по ночам, периодическое повышение температуры тела до 37,2–37,5 °C, головные боли, потерю аппетита, снижение веса.

Считает себя больной около трех месяцев, когда стала отмечать вышеописанные жалобы. Туберкулез и вирусный гепатит в анамнезе отрицает.

При первичном осмотре состояние удовлетворительное, подкожно-жировой слой развит нормально, тургор кожи сохранен. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, частота сердечных сокращений – 70 ударов в минуту, АД – 130/60 мм рт. ст. При перкуссии над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. При пальпации живота – умеренная болезненность в правом подреберье, печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, стул ежедневный, оформленный.

В результатах лабораторных методов исследования значимых отклонений в клиническом и биохимическом анализах крови, общем анализе мочи не выявлено. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости в правой доле печени выявлено узловатое образование умеренно неоднородной структуры с гипоэхогенным контуром, размером 58x46 мм. По результатам позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ/КТ) с ¹⁸F-фтордезоксиглюкозой (¹⁸F-ФДГ) определяется метаболически активное гиподенсное образование в правой доле печени. В других участках сканирования ПЭТ/КТ данных о наличии очагов с патологическим метаболизмом ¹⁸F-ФДГ, характерных для неопластического процесса печени, не выявлено.

По результатам магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов брюшной полости в 6-м сегменте (S6) правой доли печени определяется объемное образование, с четкими неровными контурами, неоднородной структуры, размерами 61x63x26 мм; отмечается неравномерное интенсивное накопление контрастного препарата, с быстрым вымыванием при динамическом контрастировании.

При проведении ПЭТ/КТ всего тела в правой доле печени (S6/S7) определяется метаболически активное гиподенсное образование с нечеткими неровными контурами, размерами до 40x38 мм, максимальное стандартизированное значение накопления радиофармпрепарата (SUVmax) – 4,42. Печень, поджелудочная железа, надпочечники, почки – без очагов патологической фиксации радиофармпрепарата.

Предварительный диагноз: Доброячественное новообразование печени (исключить онкопатологию печени).

Учитывая наличие метаболической активности выявленного образования, проведена лапароскопия с резекцией 6-го и 7-го сегментов печени. Заключение по результатам морфологического исследования биоптата: «гранулематозное воспаление ткани печени с некрозами, вероятнее, туберкулезной этиологии».

После подтверждения диагноза пациентка была направлена в Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер (РКПТД) к фтизиатру с диагнозом: «Туберкулез правой доли печени. Состояние после лапароскопической резекции S6/S7 печени».

Объективная картина при поступлении:

Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,0 °С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются, частота дыханий – 20 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, с частотой 80 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Диурез без особенностей.

В общем анализе крови при поступлении гемоглобин 119 г/л, эритроциты $5,42 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $367 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $6,5 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы 41%, лимфоциты 48%, моноциты 4%, СОЭ 6 мм/ч. В общем анализе мочи удельный вес 1028, белок отрицательный, эпителий плоский 2-4 в поле зрения, лейкоциты 1-3 в поле зрения. В биохимическом анализе крови общий белок 72 г/л, альбумин 34,1 г/л, АСТ 19,5 ед/л, мочевина 3,7 ммоль/л, общий билирубин 8,8 мкмоль/л, креатинин 60 мкмоль/л, холестерин 4,68 ммоль/л, глюкоза 5,1 ммоль/л. Антитела к ВИЧ, вирусу гепатита С не обнаружены.

При исследовании мокроты методом микроскопии кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) не обнаружены, при посеве на твердые и жидкие (в системе BACTEC MGIT 960) питательные среды при контролльном исследовании рост микобактерий туберкулеза (МБТ) не обнаружен.

Таким образом, значимых отклонений в результатах лабораторных методов исследования не выявлено.

При рентгенологическом обследовании органов грудной полости при поступлении легочной рисунок умеренно усилен

в нижних отделах, корни легких структурные, синусы свободные, диафрагма расположена обычно, сердце обычной конфигурации. Тень средостения не изменена. Данных за патологию органов грудной клетки не выявлено.

На ЭКГ синусовый ритм, ЧСС 64 уд. в мин. Электрическая ось сердца не отклонена. Имеется нарушение потенциалов левого желудочка. Нарушение процессов реполяризации нижнебоковой области левого желудочка по метаболическому типу.

При исследовании спровоцированных дыхательных объемов пробы Штанге 46 с; пробы Генчи 15 с; ФЖЕЛ 2,03 л (68% от должного значения); ОФВ1 74% от должного значения, что соответствовало легкой степени снижения жизненной емкости легких и нарушения проходимости дыхательных путей.

Реакция Манту с 2 ТЕ – положительная (папула 10 мм), пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным – отрицательная.

При исследовании операционного материала методом посева на твердые и жидкие питательные среды обнаружен рост МБТ с сохраненной лекарственной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам.

На основании гистологического исследования биоптата пациентке был установлен клинический диагноз: «Впервые выявленный туберкулез правой доли печени, гистологически подтвержденный. Состояние после резекции S6/S7 печени, 1А группа диспансерного учета (ГДУ)».

После подтверждения диагноза было начато этиотропное лечение по режиму химиотерапии лекарственно-чувствительного туберкулеза [10]. Противотуберкулезная химиотерапия активно сочеталась с патогенетическими методами лечения (физиотерапией, витаминотерапией).

При контрольном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости каких-либо изменений со стороны печени и других органов не выявлено. Учитывая положительную клиническую динамику, лечение продолжено в соответствии со стандартами.

Клинический диагноз при выписке из отделения: «Туберкулезное поражение печени, подтвержденное гистологически. Состояние после резекции S6/S7 печени. 1А группа ДУ».

Рекомендовано продолжить наблюдение у фтизиатра (специалиста по внелегочному туберкулезу) и гастроэнтеролога по месту жительства, с проведением противорецидивных курсов химиотерапии противотуберкулезными препаратами в амбулаторных условиях или в условиях санатория.

Таким образом, приведен редкий клинический случай верифицированного изолированного туберкулезного поражения печени. Данное наблюдение демонстрирует трудности диагностики поражения органа при абдоминальном туберкулезе на основании только жалоб пациента и данных лабораторных методов исследования. Нередко туберкулез печени принимается за опухолевидный процесс. Использование компьютерной

томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства не всегда способствует установлению диагноза. Гистологическое исследование операционного материала является решающим для верификации диагноза туберкулеза печени.

Проблема внелегочного туберкулеза как в России, так и во всем мире далека от решения. Показатель заболеваемости

внелегочным туберкулезом во многом зависит от наличия подготовленных специалистов и хорошей материально-диагностической базы специализированных учреждений.

Литература

1. Внелегочный туберкулез. Руководство для врачей / под ред. А.В. Васильева. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. – 568 с.
2. Внелегочный туберкулез: клинико-эпидемиологическая характеристика и диагностика / И.И. Солонко, Г.Л. Гуревич, Е.М. Скрягина, М.И. Дюсюмикеева // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – Т. 96. – № 6. – С. 22-29. DOI 10.21292/2075-1230-2018-96-6-22-28.
3. Галеева З.М., Корейба Е.А., Цыплаков Д.Э. Изолированный туберкулез печени // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – № 8 (168). – С. 101-104. DOI 10.31146/1682-8658-escg-168-8-101-104.
4. Жукова И.И., Кульчавеня Е.В., Холтобин Д.П. и др. Туберкулез мезентериальных лимфатических узлов сегодня // Хирургия. – 2013. – № 1. – С. 13-16.
5. Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых» / Общерос. обществ. орг. «Российское общество фтизиатров», Нац. ассоц. некоммерч. орг. фтизиатров «Ассоциация фтизиатров». – 2024. – 167 с.
6. Корейба Е.А., Корейба К.А. Абдоминальный туберкулез. Клинический случай // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17. – № 8. – С. 129-132.
7. Корнилова З.Х., Зубань О.Н., Батыров С.А. и др. Методы комплексной диагностики и использование новых медицинских технологий в лечении абдоминального туберкулеза: метод. пособие для врачей. – М., 2013. – С. 3-16.
8. Кульчавеня Е.В., Алексеева Т.В., Шевченко С.Ю. Внелегочный туберкулез в Сибири и на Дальнем Востоке // Туберкулез и болезни легких. – Т. 95. – № 3. – С. 24-27.
9. Левашев Ю.Н., Репин Ю.М. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. – СПб., 2006. – 300 с.
10. Нечаева О.Б., Скачков В.В. Эпидемическая ситуация по внелегочному туберкулезу в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – Т. 90. – № 8. – С. 3-9.
11. Прохорович Н.А. Сравнительная оценка диагностических критериев абдоминального туберкулеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1998. – 20 с.
12. Смотрин С.М., Гаврилик Б.Л., Варсевич И.Г. Очаговый туберкулез печени // Журнал Гродненского гос. медицинского университета. – 2009. – С. 132-133.
13. Туберкулез печени и селезенки / О.С. Таланова, О.А. Кузьмина, А.О. Холева и др. // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Мед. науки. – 2012. – № 4 (24). – С. 112-122.
14. Фтизиатрия. Национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с.
15. Эпидемическая ситуация по внелегочному туберкулезу в Республике Башкортостан / Р.К. Ягафарова, Р.А. Шарипов, Х.К. Аминев и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2015. – № 7. – С. 165-166.
16. Ягафарова Р.К. Особенности клиники, диагностики и оптимизация этиопатогенетической терапии мочеполового туберкулеза в современных эпидемиологических условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед наук. – СПб., 1999. – 30 с.

Об авторах

Ягафарова Роза Каюмовна – доцент кафедры фтизиатрии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук

Адрес: 450008, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3

Тел. + 7 (347) 284-23-50

e-mail: kaf-fpl@bashgmu.ru

Аматилова Ирина Нурыевна – доцент кафедры фтизиатрии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Адрес: 450008, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3

Тел. + 7 (347) 284-23-50

e-mail: kaf-fpl@bashgmu.ru

Павлова Елена Валерьевна – доцент кафедры фтизиатрии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Адрес: 450008, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3

Тел. + 7 (347) 284-23-50

e-mail: doctorpavlova@bk.ru

Плещаков Александр Васильевич – заведующий 3-м отделением для больных туберкулезом органов дыхания ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер Минздрава Республики Башкортостан»

Адрес: 450008, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Сагита Агиша, д. 4

Тел. + 7 (347) 228-45-14

e-mail: UFA.RKPD@doctorr.bru