CLINICAL CASE

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616-002.5-021.1+616.34-002.54+617.55-036.11-089+616.33/.34-005.1

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТА С КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

© Сергей Викторович Петров[3], Юрий Павлович Успенский[1, 2], Юлия Александровна Фоминых[1, 2], Анжелика Витольдовна Шотик[2, 3], Екатерина Павловна Лыкова[3], Владимир Сергеевич Кутенко[2], Кямаля Низамитдиновна Наджафова[1]

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
[2] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8
[3] Елизаветинская больница. 195257, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, д. 14

Контактная информация: Кямаля Низамитдиновна Наджафова — ассистент кафедры факультетской терапии им. профессора В.А. Вальдмана. E-mail: kyamalyok@yandex.ru

Поступила: 30.08.2021 ***Одобрена: 20.10.2021*** ***Принята к печати: 17.11.2021***

РЕЗЮМЕ. Проблема туберкулеза всегда была и остается актуальной. Несмотря на успехи медицины и совершенствование методов диагностики, распознавание туберкулезного процесса, особенно при его внелегочных манифестациях, часто представляет трудности. В данной статье представлен клинический случай диагностики абдоминального туберкулеза у пациента с неуточненным кишечным кровотечением, демонстрирующий сложности установления диагноза в хирургической практике у пациентов без туберкулезного анамнеза. Только мультидисциплинарный подход может обеспечить успех в лечении таких пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез кишечника; туберкулезный мезаденит; желудочно-кишечное кровотечение.

A CLINICAL CASE OF DIAGNOSIS OF ABDOMINAL TUBERCULOSIS IN A PATIENT WITH INTESTINAL BLEEDING

© Sergey V. Petrov[3], Yuri P. Uspensky[1, 2], Yulia A. Fominykh[1, 2], Anzhelika V. Shotik[2, 3], Ekaterina P. Lykova[3], Vladimir S. Kutenko[2], Kamala N. Nadjafova[1]

[1] Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2
[2] First Saint-Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov. 197022, Saint-Petersburg, ul. Leo Tolstoy, 6–8
[3] Elizabethan Hospital. 195257, Saint-Petersburg, st. Vavilovykh, 14

Contact information: Kyamalya N. Nadzhafova — assistant of Department of Faculty Therapy named after professor V.A. Waldman. E-mail: kyamalyok@yandex.ru.

Received: 30.08.2021 ***Revised: 20.10.2021*** ***Accepted: 17.11.2021***

SUMMARY. Despite the success of medicine and the improvement of diagnostic methods, the recognition of the tuberculosis process, especially with its extrapulmonary manifestations, often presents difficulties. This article presents a clinical case of diagnosis of abdominal tuberculosis in a patient with unspecified intestinal bleeding, demonstrating the difficulties of establishing a diagnosis in surgery in patients without anamnesis of tuberculosis. Only a multidisciplinary approach can ensure success in the treatment of such patients.

KEY WORDS: intestinal tuberculosis; tuberculous mesadenitis; gastrointestinal bleeding.

ВВЕДЕНИЕ

В структуре заболеваемости туберкулеза подавляющее большинство подтвержденных случаев относится к поражению органов дыхательной системы, а частота встречаемости внелегочных форм на территории России в 2019–2020 году составила от 12 до 17%. Заболевание известно на протяжении многих веков, а методы диагностики и лечения с каждым годом становятся все более совершенными. И все же в клинической практике врачам по-прежнему приходится сталкиваться со сложностями диагностики [2–4].

Своевременное распознавание внелегочного туберкулеза — непростая клиническая задача, требующая тесного взаимодействия врачей различных специальностей. Значительное число случаев внелегочного туберкулеза остается недиагностированным, что обусловлено мультифокальным поражением органов, торпидным течением заболевания, а также частой манифестацией на поздних этапах заболевания [1].

В структуре внелегочных локализаций при генерализованном туберкулезе преобладает поражение лимфатической системы: мезентериальных лимфатических узлов, периферических лимфоузлов, селезенки [10]. Среди других локализаций туберкулеза абдоминальный занимает особое место и является одним из наиболее сложных разделов фтизиатрии. Абдоминальный туберкулез (АТ) — специфическое поражение органов пищеварения, брюшины, лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства. АТ развивается главным образом при распространении микобактерий туберкулеза из очагов первичной инфекции лимфогенным, гематогенным, контактным путем [5, 8]. В патогенезе большое значение в качестве источника лимфогенной диссеминации имеют мезентериальные лимфатические узлы. Поражаясь в период первичной инфекции, они в последующем сами могут становиться источником диссеминации [12].

Проявления АТ хорошо описаны в работах исследователей XIX и начала XX веков, когда оперативные пособия по данной проблематике не были редкостью. За последние десятилетия туберкулезным поражениям органов брюшной полости в учебниках и руководствах по хирургии уделяется весьма скромное место [7]. Сложности постановки правильного диагноза объясняются отсутствием патогномоничных симптомов АТ, сходством клинической картины со многими распространенными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости [6]. При диагностических видеолапароскопиях и лапаротомиях, проведенных у пациентов с неясным болевым абдоминальным синдромом, изменения на брюшине, петлях кишечника, печени и селезенке, характерные для АТ, трактуются как неопластические или неспецифические адгезивные, и до верификации диагноза проходит значительное время [9, 11, 13].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

25.03.2021 г. службой скорой медицинской помощи в СПБ ГБУЗ «Елизаветинская больница» был доставлен пациент М., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головокружение, жидкий черный стул, боль в околопупочной области живота, однократную потерю сознания. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы беспокоят на протяжении последних трех дней. 25.03.2021 г. был эпизод потери сознания, после чего пациент вызвал скорую медицинскую помощь и был экстренно госпитализирован.

Анамнез жизни. Известно, что в 2020 г. пациенту выполнялась герниопластика по поводу правосторонней паховой грыжи. Другие хронические заболевания пациент отрицает. Инфекционные заболевания, вирусные гепатиты, туберкулез отрицает. Переливания крови отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: у родителей гипертоническая болезнь. Из вредных привычек: курит около 10 лет по полпачки в день.

Употребление алкоголя, наркотических средств отрицает.

Пациент был осмотрен хирургом приемного отделения. *Объективный статус*: состояние при поступлении расценено как средней тяжести. Пациент в ясном сознании, контактен, ориентирован в пространстве и времени, интеллектуально-мнестических расстройств нет. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Склеры обычной окраски, видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Состояние питания удовлетворительное. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. *Сердечно-сосудистая система*: границы сердечной тупости в пределах нормы, пульс ритмичный, частый — 97 ударов в минуту, артериальное давление — 110/70 мм рт.ст., тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, частота сердечных сокращений совпадает с пульсом. *Органы дыхания*: грудная клетка симметричная, правильной формы, перкуторно — ясный легочный звук, в легких дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются, частота дыхательных движений — 16 в минуту. *Пищеварительная система*: язык влажный, обложен белым налетом, живот при глубокой пальпации мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области, не вздут, перистальтика выслушивается. Размеры печени и селезенки не увеличены, перитонеальные и желчные симптомы отрицательные. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При ректальном осмотре тонус анального сфинктера в норме, на высоте пальца патологические образования не пальпируются, на перчатке темная кровь.

Выставлен предварительный диагноз: «Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное».

Пациент обследован в условиях приемного отделения:

Кровь на гепатиты В и С, ВИЧ и RW — результат отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки (лежа): в видимых отделах легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок не изменен. Корни легких структурны, не расширены. Купола диафрагмы ровные, расположены обычно. Синусы свободны. Тень сердца без особенностей.

Рентгенография органов брюшной полости (лежа на левом боку): свободного газа не визуализировано. Определяются толстокишечные уровни жидкости.

Электрокардиография (ЭКГ): синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 96 уд./мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: печень не увеличена, структура однородная, эхогенность не изменена, сосудистый рисунок не изменен. Внутрипеченочные протоки не расширены, очаговые образования не выявлены. Воротная вена — 9 мм, холедох — 4 мм. Желчный пузырь не увеличен, стенки не изменены, деформирован в шейке, содержимое однородное. Конкременты не лоцируются. Поджелудочная железа определяется фрагментарно. Эхогенность повышена. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена, структура однородная,

Общий анализ крови от 25.03.2021 г.

Анализ	Результат	Ед. изм.	Референсные значения
Лейкоциты	9,4	10^9/л	(4,00–10,00)
Гемоглобин	**90**	г/л	(130–160)
Эритроциты	**3.82**	10^{12}/л	(4,00–5,50)
MCV	81.1	fL	(80,0–100,0)
MCH	**26**	Pg	(27–34)
Гематокрит	**30,9**	%	(40,0–54,0)
Тромбоциты	345	10^9/л	(150–400)

Биохимический анализ крови от 25.03.2021 г.

Анализ	Результат	Ед. изм.	Референсные значения
Мочевина	7,5	Ммоль/л	(2,50–8,30)
Креатинин	**45**	Мкмоль/л	(53–97)
Билирубин об.	4.00	Мкмоль/л	(3,00–20,00)
Глюкоза	**7,2**	Ммоль/л	(4,00–6,10)
Натрий	**135**	Ммоль/л	(136–146)
Калий	5,0	Ммоль/л	(3,50–5,10)
АСТ	24.0	Ед/л	(8,00–38,00)
АЛТ	13,0	Ед/л	(7,00–40,00)
Амилаза	37	Ед/л	(20–100)

Коагулограмма от 25.03.2021 г.

Анализ	Результат	Ед. изм.	Референсные значения
Протромбиновое время	15,5	Секунды	(12,00–14,50)
Протромбин по Квику	**60**	%	(70–140)
МНО	**1,32**	у. е.	(0,85–1,20)

патологические явления не определяются. Жидкость в брюшной полости и малом тазу не лоцируется.

Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС): пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка свободно проходимы, в просвете желудка пищевые массы светлого цвета. Следов крови нет. Дальнейшее исследование прекращено, так как пациент ведет себя неадекватно, вырвал аппарат. От повторного исследования отказался.

Ввиду наличия анемии и эпизодов жидкого черного стула пациент госпитализирован в отделение анестезиологии и реаниматологии № 1 с подозрением на кровотечение из неустановленного источника, где проводилась инфузионная терапия: 0,9% NaCl — 500 мл + 10% CaCl — 10 мл внутривенно капельно 2 раза в день, 5% глюкоза — 500 мл + 5% KCl — 20 мл внутривенно капельно 1 раз в день, 0,9% NaCl — 250 мл + омепразол — 40 мг внутривенно капельно 1 раз в день; гемостатики: этамзилат — 4 мл внутривенно болюсно 3 раза в день.

На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика в виде купирования болевого абдоминального синдрома, пациент переведен в первое хирургическое отделение для продолжения диагностических и лечебных мероприятий. 27.03.2021 г. пациент изъявил желание прекратить лечение в условиях стационара. С пациентом проведена разъяснительная беседа, однако он не передумал, подписал информированный отказ. Пациент выписался в стабильном состоянии.

В выписном эпикризе даны следующие рекомендации:

- Наблюдение терапевта, хирурга, гастроэнтеролога амбулаторно.
- Выполнение фиброгастродуоденоскопии и фиброколоноскопии амбулаторно.
- Соблюдение щадящей диеты.
- Капсулы омепразол 40 мг утром и вечером за 30 мин до приема пищи в течение 2 недель, затем по 20 мг утром и вечером за 30 мин до приема пищи в течение 2 недель.
- Алюминия фосфат 10 мл 3 раза в день в течение 3 недель.
- Железа сульфат по 1 таблетке 2 раза в день в течение 2–3 месяцев под контролем клинического анализа крови.

В тот же день дома у пациента вновь возобновились жалобы на общую слабость, головокружение, однократный жидкий черный стул. Пациент вызвал скорую помощь 28.03.2021 г., был повторно госпитализирован в Елизаветинскую больницу. Проведена диагностика: УЗИ органов брюшной полости — без динамики от 25.03.2021 г. Рентгенограмма органов брюшной полости: на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяются мелкие тонкокишечные уровни жидкости. Свободный газ в брюшной полости не определяется. При попытке выполнения ФГДС пациент начал вести себя неадекватно, вследствие чего исследование не было выполнено.

Общий анализ крови от 28.03.2021 г.

Анализ	Результат	Ед. изм.	Референсные значения
Лейкоциты	9,2	10^9/л	(4,00–10,00)
Гемоглобин	**62**	г/л	(130–160)
Эритроциты	**2,37**	10^{12}/л	(4,00–5,50)
MCV	80,8	fL	(80,0–100,0)
MCH	**26,1**	Pg	(27–34)
Гематокрит	**19,1**	%	(40,0–54,0)
Тромбоциты	465	10^9/л	(150–400)

Биохимический анализ крови от 28.03.2021 г.

Анализ	Результат	Ед. изм.	Референсные значения
Мочевина	**10,5**	Ммоль/л	(2,50–8,30)
Креатинин	64	Мкмоль/л	(53–97)
Билирубин об.	4.00	Мкмоль/л	(3,00–20,00)
Глюкоза	**6,77**	Ммоль/л	(4,00–6,10)
Общий белок	**58**	г/л	(65–85)
АСТ	29,0	Ед/л	(8,00–38,00)
АЛТ	15,0	Ед/л	(7.00-40.00)
Амилаза	36	Ед/л	(20-100)

Коагулограмма от 25.03.2021 г.

Анализ	Результат	Ед. изм.	Референсные значения
Протромбиновое время	15,3	Секунды	(12,00–14,50)
Протромбин по Квику	**61**	%	(70–140)
МНО	**1,31**	у. е.	(0,85–1,20)

После обследования пациент повторно осмотрен дежурным хирургом, госпитализирован в первое хирургическое отделение. Назначена: инфузионная терапия: 0,9% NaCl — 500 мл + 10% CaCl — 10 мл внутривенно ка-

пельно 2 раза в день, 5% глюкоза — 500 мл + 5% KCl — 20 мл внутривенно капельно 1 раз в день, 0,9% NaCl — 250 мл + омепразол — 40 мг внутривенно капельно 1 раз в день; гемостатики: этамзилат — 4 мл внутривенно болюсно 3 раза в день. Пациент осмотрен ректально: перианальная область не изменена, сфинктер в тонусе. На высоте пальца патологические образования не пальпируются. Кал на перчатке черного цвета.

Ввиду клинической картины рецидива желудочно-кишечного кровотечения было принято решение о проведении ФГДС в экстренном порядке в условиях операционной. По результатам ФГДС данных о кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта не получено. Учитывая усугубление течения анемии и анамнез заболевания, состояние расценено как состоявшееся кишечное кровотечение из неизвестного источника. По тяжести состояния пациент был переведен в отделение анестезиологии и реаниматологии № 1.

29.03.2021 г. у пациента появились жалобы на одышку, боль в грудной клетке, а также усиление общей слабости. Пациент осмотрен кардиологом, выполнена ЭКГ в экстренном порядке (синусовая тахикардия, ЧСС — 145 уд./мин). Данных за острый коронарный синдром не получено.

С целью выявления источника кровотечения была выполнена компьютерная томография органов брюшной полости. *Заключение.* Печень увеличена (краниокаудальный размер правой доли — 164 мм), денситометрические показатели не снижены, контуры ровные, четкие. Структура паренхимы однородная. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, патологических образований не выявлено, стенки не утолщены. Холедох не расширен, диаметр — 4,6 мм. Поджелудочная железа: головка — 18 мм, тело — 24 мм, хвост — 18 мм. Контуры железы четкие, перфузия паренхимы сохранена. Структура однородная. Накопление контрастного препарата равномерное. Вирсунгов проток не расширен. Воротная вена — до 12 мм. Селезенка расположена обычно, имеет нормальную форму и размеры (101/45/70 мм, SI=318). Селезеночная вена диаметром 6 мм. Надпочечники не изменены. Правая почка: размеры — 105/46 мм, кортикомедуллярная дифференцировка сохранена, полостная система не расширена. Рентгеноконтрастные конкременты не определяются. Выделительная функция своевременная. Паранефральная клетчатка не изменена. Левая почка: размеры — 112/40 мм, кортикомедуллярная дифференцировка сохранена, полостная система не расширена. Рентгеноконтрастные конкременты не определяются. Выделительная функция своевременная. Паранефральная клетчатка не изменена. Множественные рассеянные кальцинаты в клетчатке брюшной полости (последствия туберкулезного мезаденита?). Увеличение мезоколитических и брыжеечных лимфатических узлов до 14 мм, накапливающих контрастный препарат. Определяется неравномерное утолщение стенок тонкой кишки до 8 мм. Стенки тонкой кишки с потерей гаустрации. Костно-деструктивных изменений в зоне сканирования не выявлено.

Заключение: КТ-картина не позволяет исключить болезнь Крона. Внутрибрюшная лимфаденопатия. Умеренная гепатомегалия.

Пациент осмотрен врачом-гастроэнтерологом. При пальпации живота выявлена болезненность в правом и левом флангах по ходу кишечника. Состояние расценено как неверифицированный колит: «ВЗК? Туберкулез кишечника? Гипохромная нормоцитарная анемия (постгеморрагическая, хронического воспаления) тяжелой степени. Желудочно-кишечное кровотечение из неустановленного источника». Рекомендовано проведение фиброколоноскопии с мультифокальной биопсией, определение копрограммы, бактериологическое исследование кала, консультация фтизиатра.

Вечером 29.03.2021 г., несмотря на проводимую терапию, произошел рецидив кишечного кровотечения. В связи с неэффективностью терапии, рецидивом кровотечения и отсутствием диагностической ясности, принято решение о проведении диагностической лапаротомии. Под эндотрахиальным наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости — выраженный слипчивый спаечный процесс (герниопластика правосторонней паховой грыжи от 2020 г.). После разделения спаек выявлено тотальное поражение серозной оболочки петель тонкой и ободочной кишки, висцеральной брюшины по типу просяных высыпаний, 4 участка взяты для гистологического исследования. Тонкая кишка на расстоянии 70 см и дистальнее фрагментарно заполнена кровью, ободочная кишка также на всем протяжении фрагментарно заполнена кровью. Очаговые образования, язвенные дефекты и другие потенциальные источники кровотечения пальпаторно не определяются. При ревизии также выявлены мно-

жественные увеличенные лимфоузлы, один из которых был взят для гистологического исследования. Один из лимфоузлов в брыжейке тонкой кишки диаметром до 3 см, с признаками распада. При вскрытии выделилось до 3 мл мутной серозной жидкости (взята для микроскопического исследования). Иной патологии при дальнейшей ревизии брюшной полости не выявлено. Выявить локальный источник кишечного кровотечения не представляется возможным. После операции пациент осмотрен врачом-хирургом, данных за послеоперационные осложнения не получено. Больному была продолжена гемостатическая терапия, повторно проводилась гемотрансфузия.

По данным исследования операционного материала гистологически и микроскопически был подтвержден туберкулезный процесс.

31.03.2021 г. пациент был переведен в Городскую противотуберкулезную больницу № 2 с диагнозом: «Туберкулезный мезаденит. Туберкулез кишечника и брюшины. Рецидивы кишечного кровотечения от 25.03.21, 27.03.21, 29.03.21. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени». В условиях противотуберкулезного стационара пациенту проводилось дообследование и дальнейшее специализированное лечение, на фоне которого состояние больного было стабилизировано. Эпизоды кишечного кровотечения прекратились. Пациент продолжал терапию согласно рекомендациям фтизиатра, на фоне чего была достигнута положительная динамика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Большинство практикующих хирургов в настоящее время мало знакомы с проявлениями АТ, что связано с эффективной химиотерапией и несомненными успехами в борьбе с туберкулезом, достигнутыми за несколько последних десятилетий. Диагностика хирургических осложнений при АТ очень затруднена, а лучевые методы визуализации, как правило, не дают ответ о природе выявленных изменений. Основным поводом обращения больных АТ за ургентной хирургической помощью является наличие абдоминального болевого синдрома. В то же время такие пациенты могут поступать в хирургические отделения и с неясными желудочно-кишечными кровотечениями, как в описанном нами клиническом случае. Абдоминальный туберкулез, как правило, хорошо реагирует на консервативную терапию, своевременная диагностика и лечение могут предотвратить ненужное хирургическое вмешательство. В данном случае решающее значение имеет мультидисциплинарный подход, без которого не добиться успеха в лечении этой сложной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арямкина О.Л., Савоненкова Л.Н. Абдоминальный туберкулез. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2008; 1: 41–3.
2. Васильева Е.Б., Клочкова Л.В., Король О.И. и др. Туберкулез у детей и подростков. СПб.: Питер; 2005.
3. Зинченко Ю., Басанцова Н., Старшинова А. и др. Туберкулез сегодня: основные направления исследований по профилактике, диагностике и лечению. Russian Biomedical Research. 2018; 3(4): 24–34.
4. Кульчавеня Е.В., Жукова И. И. Внелегочный туберкулез — вопросов больше, чем ответов. Туберкулез и болезни легких. 2017; 2: 59–63.
5. Николаев А.В., Утехин В.И., Чурилов Л.П. Сравнительная этио-эпидемиологическая характеристика туберкулеза и саркоидоза легких: классические и новые представления. Педиатр. 2020; 11(5): 37–50. DOI: 10.17816/PED11537-50
6. 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.
7. Плоткин Д.В., Решетников М.Н., Гафаров У.О. и др. Абдоминальный туберкулез: возвращение в хирургию. Вестник Авиценны. 2019; 21(1): 101–9. DOI: 10.25005/2074-0581-2019-21-1-101-109.
8. Савоненкова Л.Н., Анисимова С.В., Сидорова Ю.Д. и др. Летальность больных туберкулёзом в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции. Ульяновский медико-биологический журнал. 2018; 3: 99–106. DOI: 10.23648/UMBJ.2018.31.17220.
9. Скопин М.С., Батыров Ф.А., Корнилова З.Х. Распространенность туберкулеза органов брюшной полости и особенности его выявления. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007; 1: 22–6.
10. Советова Н.А., Савин И.Б., Мальченко О.В. и др. Современная лучевая диагностика внелегочного туберкулеза. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2006; 11: 6–9.
11. Цинзерлинг А.В., Цинзерлинг В.А., Аничков Н.М. Современные инфекции: патологическая анатомия и вопросы патогенеза. СПб.: Сотис; 2002.
12. Pattanayak S., Behuriais S. Abdominal tuberculosis a surgical problem? Ann R Coll Surg Engl. 2015; 97(6): 414–9. DOI: 10.1308/rcsann.2015.0010.
13. Weledji E.P., Pokam B.T. Abdominal tuberculosis: Is there a role for surgery? World J GastrointestSurg. 2017; 9(8): 174–81. DOI: 10.4240/wjgs.v9.i8.174.

REFERENCES

1. Aryamkina O.L., Savonenkova L.N. Abdominal'nyy tuberkuloz. [Abdominal tuberculosis. Gastroenterology of St. Petersburg]. Gastroenterologiya Sankt-Peterburga. 2008; 1: 41–3. (in Russian)
2. Vasil'yeva Ye.B., Klochkova L.V., Korol' O.I. i dr. Tuberkulez u detey i podrostkov. [Tuberculosis in children and adolescents]. Sankt-Peterburg: Piter Publ.; 2005. (in Russian)
3. Zinchenko Yu., Basantsova N., Starshinova A. i dr. Tuberkulez segodnya: osnovnyye napravleniya issledovaniy po profilaktike, diagnostike i lecheniyu. [Tuberculosis today: the main directions of research on prevention, diagnosis and treatment]. Russian Biomedical Research. 2018; 3(4): 24–34. (in Russian)
4. Kul'chavenya Ye.V., Zhukova I.I. Vnelegochnyy tuberkulez — voprosov bol'she, chem otvetov. [Extrapulmonary tuberculosis — there are more questions than answers]. Tuberkulez i bolezni legkikh. 2017; 2: 59–63. (in Russian)
5. Nikolayev A.V., Utekhin V.I., Churilov L.P. Sravnitel'naya etio-epidemiologicheskaya kharakteristika tuberkuleza i sarkoidoza legkikh: klassicheskiye i novyye predstavleniya. [Comparative etiological and epidemiological characteristics of tuberculosis and sarcoidosis of the lungs: classical and new concepts]. Pediatr. 2020; 11(5): 37–50. DOI: 10.17816/PED11537-50 (in Russian)
6. Poddubnaya L.V., Zyryanova T.V., Petrenko T.I. i dr. Tuberkulez organov bryushnoy polosti u bol'nykh tuberkulezom legkikh. [Tuberculosis of the abdominal organs in patients with pulmonary tuberculosis]. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2018; 153(5): 38–43. (in Russian)
7. Plotkin D.V., Reshetnikov M.N., Gafarov U.O. i dr. Abdominal'nyy tuberkuloz: vozvrashcheniye v khirurgiyu. [Abdominal tuberculosis: return to surgery]. Vestnik Avitsenny. 2019; 21(1): 101–9. DOI: 10.25005/2074-0581-2019-21-1-101-109. (in Russian)
8. Savonenkova L.N., Anisimova S.V., Sidorova Yu.D. i dr. Letal'nost' bol'nykh tuberkulozom v usloviyakh epidemii VICH-infektsii. [Mortality of patients with tuberculosis in the context of the HIV epidemic]. Ul'yanovskiy mediko-biologicheskiy zhurnal. 2018; 3: 99–106. DOI: 10.23648/UMBJ.2018.31.17220. (in Russian)
9. Skopin M.S., Batyrov F. A., Kornilova Z. Kh. Rasprostranennost' tuberkuleza organov bryushnoy polosti i osobennosti yego vyyavleniya. [Prevalence of tuberculosis of the abdominal organs and features of its detection]. Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh. 2007; 1: 22–6. (in Russian)
10. Sovetova N.A., Savin I.B., Mal'chenko O.V. i dr. Sovremennaya luchevaya diagnostika vnelegochnogo tuberkuleza. [Modern radiation diagnosis of extrapulmonary tuberculosis]. Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh. 2006; 11: 6–9. (in Russian)
11. Tsinzerling A.V., Tsinzerling V.A., Anichkov N.M. Sovremennyye infektsii: patologicheskaya anatomiya i voprosy patogeneza. [Modern infections: pathological anatomy and questions of pathogenesis]. Sankt-Peterburg: Sotis Publ.; 2002. (in Russian)
12. Pattanayak S., Behuriais S. Abdominal tuberculosis a surgical problem? Ann R Coll Surg Engl. 2015; 97(6): 414–9. DOI: 10.1308/rcsann.2015.0010.
13. Weledji E.P., Pokam B.T. Abdominal tuberculosis: Is there a role for surgery? World J GastrointestSurg. 2017; 9(8): 174–81. DOI: 10.4240/wjgs.v9.i8.174.