

размеров печени выявлено у 4 детей (14,3%); повышенная эхогенность печени – у 2 (7,1%) пациентов; деформации желчного пузыря выявлены у 18 (64,3%) детей; уплотнение желчных протоков отмечалось у 8 (28,6%). В наблюдаемой группе средний койко-день составил 7,8±1,2. Все пациенты получали медикаментозное лечение: гепатопротекторы, желчегонные средства, ферментные препараты, энтеросорбенты. Выписаны с улучшением 27 детей.

Таким образом, синдром Жильбера в 2 раза чаще встречается у мальчиков; в большинстве случаев выявляется случайно при обследовании по поводу других заболеваний, носит доброкачественный характер и имеет волнообразное течение.

Литература:

1. Гастроэнтерология детского возраста (под ред. С.В.Бельмера и А.И.Хавкина) - М.: ИД Медпрактика-М, 2003, с. 273-274.
2. Делягин, В.М. Семейные формы функциональных гипербилирубинемий в работе практического врача / В.М.Делягин, С.Г.Бурков // Лечащий врач. -1998. - №2.-С. 32-35.

УДК:616.381-002.5-089

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Гаврилик Б.Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Введение. Последние годы во всем мире отмечается рост заболеваемости туберкулезом [4, 6, 7, 8, 9, 11]. Этому способствуют социально-экономические условия, рост иммунодепрессивных состояний, лекарственная резистентность микобактерий туберкулеза. Согласно данным Василева А.В. (2000), лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза последнее время достигает 45,5%. К тому же туберкулез, являясь хронической инфекцией с длительным периодом выделения возбудителя, отличается от других инфекционных болезней многообразием клинических проявлений и поражением разных органов и систем.

По данным ряда авторов [7, 8, 11], значительно увеличилась заболеваемость внелегочным и, в частности, абдоминальным туберкулезом. Скрываясь под маской другой различной патологии органов брюшной полости, абдоминальный туберкулез протекает скрытно, многолико, трудно диагностируется и поздно распознается [1, 3]. Развивается абдоминальный туберкулез преимущественно путем распространения инфекции из первичных очагов лимфогенным и гематогенным путем. Приблизительно у 35–46% пациентов с туберкулезом органов брюшной полости имеются специфические изменения в легких [6,9]. Чаще всего туберкулезным процессом поражаются кишечник, лимфатические узлы, брюшина [2, 5, 7, 11]. Реже поражаются другие органы брюшной полости и таза [7, 11, 12, 13].

В силу отсутствия патогномичных симптомов абдоминальный туберкулез редко распознается в дооперационном периоде и даже во время операции. Окончательный диагноз туберкулеза тех или иных органов брюшной полости, как правило, ставится после операции при бактериологическом и гистологическом исследовании аспиратов и биоптатов. Поздняя диагностика и несвоевременно начатая специфическая терапия дают довольно высокую послеоперационную летальность у пациентов с абдоминальным туберкулезом [8, 10, 11].

Цель исследования – показать сложности до- и интероперационной диагностики абдоминального туберкулеза и результаты его лечения.

Материалы и методы. Мы располагаем данными лечения 14 пациентов с абдоминальным туберкулезом в хирургических отделениях узловой клинической больницы станции г. Гродно и Гродненской больницы скорой медицинской помощи. Женщин было 6 (42,9%), мужчин – 8 (57,1%). Возраст пациентов колебался от 30 до 76 лет. 8 (57,1%) пациентов до поступления в хирургический стационар лечились по поводу туберкулеза легких, у 5 из них был ВК +. У остальных 6 (42,9%) пациентов анамнестических указаний на туберкулез легких не было. Следует отметить, что у одного из указанных шести пациентов, мужчины, 76 лет, наличие рассеянных кальцинатов при рентгенологическом исследовании легких позволяло заподозрить перенесенный легочный туберкулез. Однако сам пациент туберкулез легких в анамнезе отрицал.

У всех пациентов при поступлении в хирургическую клинику абдоминальная симптоматика носила многоликий характер, не имела патогномичных симптомов, маскируясь под различную неспецифическую ургентную патологию органов брюшной полости. Пациентов беспокоили разной интенсивности боли в животе без четкой локализации, вздутие живота, иногда рвота и неустойчивый стул, слабость, повышение температуры тела, общее недомогание, похудание.

Все пациенты обследованы и оперированы. Причем 10 (71,4%) пациентам оперативные пособия выполнены в экстренном порядке. У 6 из них до операции был выставлен диагноз перитонита, у 2 – кишечной непроходимости опухолевого генеза, у 1 – спаечной кишечной непроходимости и еще у 1 пациентки – двусторонних аднекстуморов воспалительной этиологии. После планового обследования, включая эндоскопическое и рентгенологическое, 2 пациентам с абдоминальным туберкулезом был выставлен до операции диагноз рака слепой кишки, 1 пациентке – рака желудка и еще 1 пациентке – абсцессов печени. Из всех 14 пациентов с абдоминальным туберкулезом лишь у одной пациентки, 40 лет, с клиникой перитонита и туберкуломы правого легкого до оперативного вмешательства предполагался перитонит туберкулезной этиологии. Данной пациентке выполнена лапароскопия. Диагноз туберкулеза брюшины подтвержден. И еще 1 пациентке диагноз бугорковой формы туберкулеза

брюшины верифицирован посредством лапароскопии. Остальным пациентам выполнена лапаротомия.

Результаты и их обсуждение. Объем полосного хирургического вмешательства у 12 пациентов с абдоминальным туберкулезом был разным в зависимости от операционных находок и возможностей интероперационной верификации диагноза. У 3 пациентов экссудативная и экссудативно-слипчивая формы туберкулезного перитонита подтверждены во время операции, благодаря экспресс-исследованиям выпота из брюшной полости и обнаруженным во время лапаротомии характерным патоморфологическим изменением. У этих пациентов ограничились санацией и дренированием брюшной полости. У 4 пациентов с туберкулезом тонкого кишечника диагноз также подтвержден при срочном гистологическом исследовании биоптатов тонкой кишки. Причем у 3 из этих пациентов наблюдалась язвенная форма туберкулеза тонкого кишечника с перфорацией язв и развитием перитонита. 2 пациента с язвенной формой туберкулеза кишечника оперированы многократно в связи с повторными перфорациями новых язв. Производилось ушивание язв и дренирование брюшной полости. Еще у 1 пациента со стенозирующей формой туберкулеза кишечника наложен еюнотрансверзоанастомоз.

У 5 (41,7%) пациентов диагноз туберкулеза органов брюшной полости не был подтвержден и во время полостной операции. Диагноз туберкулеза был выставлен лишь после гистологического исследования макропрепаратов. Причем 3 пациентам с предположительным диагнозом стенозирующего рака слепой кишки выполнена правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзостомией, 1 пациентке – субтотальная резекция желудка по поводу предполагаемого рака и еще 1 пациентке (73 года) – удаление абсцессов печени. Причем у пациентки с абсцессами печени при срочном гистологическом исследовании выставлено заключение: опухоль печени с распадом и абсцедированием. Лишь при окончательном гистологическом исследовании в удаленной ткани печени обнаружено туберкулезное воспаление.

Умерли 2 (14,3%) пациента с язвенной формой туберкулеза кишечника, осложнившейся перфорацией язв и развитием распространенного гнойного перитонита. У обоих пациентов имелся туберкулез легких ВК+.

Заключение. Таким образом, абдоминальный туберкулез, являясь специфической хирургической инфекцией, не имеет патогномоничных клинических симптомов и маскируется под различную ургентную патологию органов брюшной полости. Трудности в до- и интраоперационной диагностике приводят к неоправданному расширению объема оперативных вмешательств и позднему назначению специфической лекарственной терапии.

Литература:

1. Васильев, А.В. Внелегочной туберкулез: руководство для врачей / под ред. А.В. Васильева. – Санкт-Петербург: ИКФ «Фолиант», 2000. -568с.

2. Гаврилик, Б.Л. Перитонит как осложнение туберкулеза кишечника/ Б.Л. Гаврилик, В.Г. Стенько, И.И. Войтович и др. // XII съезд хирургов Республики Беларусь.- Минск, 2002.-С.17 – 19.
3. Инсанов, А.Б. Туберкулез : руководство для врачей и студентов / Инсанов А.Б.- М.: ГЭОТАР – МЕД, 2005.-704с.
4. Кульгавеня, Е.В. Контроль внелегочного туберкулеза в Сибири и на Дальнем Востоке / Е.В. Кульгавеня // Проблемы туберкулеза и болезни легких.-2008.-№9.-С.16 – 19.
5. Левашев, Ю.Н. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / под ред. Ю.Н. Левашева, Ю.М. Репина. – СПб.:ЭЛБИ – СПб. – 2006. – 516с.
6. Меджидов, Р.Т. Видеолапароскопическая диагностика и лечение абдоминального туберкулеза / Р.Т. Меджидов, М.И. Кутиев // Эндоскопическая хирургия. – 2007.- №6. – С.21 – 24.
7. Перильман, М.И. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М.И. Перильмана. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 512с.
8. Савоненкова, Л.Н. Клиника, патогенетические аспекты туберкулеза органов пищеварения / Л.Н. Савоненкова, О.Л.Арямкина // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2005. - № 6. – С. 42 – 45.
9. Савоненкова, Л.Н. Распространенность абдоминального туберкулеза в Ульяновской области / Л.Н. Савоненкова, О.Л.Арямкина // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. - №1 . – С. 4 – 7.
10. Савоненкова, Л.Н. Гастроинтестинальный туберкулез/ Л.Н. Савоненкова, О.Л.Арямкина, Т.Я. Тарарак и др. // Туберкулез сегодня: Материалы VII российского съезда фтизиатров. – Москва, 2003. – С. 211-212.
11. Скопин, М.С. Особенности клинической картины и диагностики осложненных форм туберкулеза органов брюшной полости / М.С. Скопин, З.Х. Корнилова, Ф.А. Батыров, М.В. Матросов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. - № 9. – С. 32-40.
12. Смотрин, С.М. Очаговый туберкулез печени / С.М. Смотрин, Б.Л. Гаврилик, И.Г. Варсевич // журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2009. - № 1. – С. 132-133.
13. Юпатов, С.И. Туберкулез желудка / С.И. Юпатов, Б.Л. Гаврилик, Н.Ф. Силяева, В.Г. Стенько // Хирургия. – 1989. - № 10. – С. 128-129.

УДК 616.33/.342-008.843.3: 616.366-003.7] – 089

ДУОДЕНО-ГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ: МЕСТО ПАТОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ И ХИРУРГИИ

**Гарелик П.В.¹, Дубровщик О.И.¹, Карпович А.П.², Баковец Л.С.,
Хильмончик И.В.², Бажко Е.Н.², Гульмантович С.Г.²,
Решетникова Н.И.²**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно, Беларусь*

Введение. Применение эндоскопических, совершенствование рентгенологических методов диагностики заболеваний желудка, 12-перстной