

УДК:616.381-002.5-089

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА*С.М. Смотрин, д.м.н. профессор; Б.Л. Гаврилик, к.м.н., доцент*

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье представлен опыт хирургического лечения 15 больных с осложнениями абдоминального туберкулеза. Отмечены сложности диагностики туберкулеза органов брюшной полости. Выделены основные клинические синдромы осложнений туберкулеза органов брюшной полости. Приведены результаты лечения.

Ключевые слова: абдоминальный туберкулез, хирургические осложнения, диагностика, оперативное лечение, исходы.

The surgical treatment experience of 15 patients with abdominal tuberculosis complications is represented in the article. Diagnostic difficulties of tuberculosis of abdominal cavity organs are described. Basic clinical syndromes of tuberculosis complications of abdominal cavity organs are distinguished. The treatment results are represented.

Keywords: abdominal tuberculosis, surgical complications, diagnostics, operative treatment, results.

Введение

Во всем мире последние годы отмечается повсеместный рост заболеваемости туберкулезом [4, 6, 7, 8, 9, 11]. Этому способствуют социально-экономические условия, рост иммунодепрессивных состояний и 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 различных органов и систем.

По данным ряда авторов [7, 8, 11] значительно увеличилась заболеваемость внелегочным и, в частности, абдоминальным туберкулезом. Скрываясь под маской другой 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% больных 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 больных абдоминальным туберкулезом [8, 10, 11].

Материалы и методы

Клиника хирургических болезней № 2 с курсом урологии располагает опытом лечения 15 больных с осложнениями абдоминального туберкулеза в возрасте от 30 до 76 лет. Женщин было 6 (40,0%), мужчин – 9 (60,0%). Восемь пациентов (53,4%) до поступления в хирургический стационар лечились по поводу туберкулеза легких, у 5 из них был ВК+. У остальных 7 (46,6%) больных 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. Десяти больным (66,7%) диагноз осложнение абдоминального туберкулеза был выставлен до оперативного вмешательства на основании клинического и инструментального обследования.

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. Перитонеальный синдром наблюдался у 8 больных (53,4%), непроходимость желудочно-кишечного тракта – у 3 больных (20%), воспалительный синдром – у 2 больных (13,3%) и неопластический синдром – у 2 больных (13,3%).

Результаты

У больных с перитонеальным синдромом в 1 случае диагноз туберкулезного перитонита был поставлен до операции на основании клинического обследования и подтвержден во время лечебно-диагностической лапароскопии. 7 больным выполнена лапаротомия. Из них в 2 случаях имел место туберкулезный перитонит, в 5 случаях причиной перитонита явилась перфорация туберкулезных язв тонкой кишки. В случаях туберкулезного перитонита, вызванного поражением брюшины, оперативное вмешательство завершилось санацией и дренированием брюшной полости с последующей специфической терапией, которую продолжили в тубдиспансере. При перфорации туберкулезных язв двоим больным произведено ушивание язв, в трех случаях была выполнена резекция участка кишки, которая в одном наблюдении была завершена илеостомой и в двух случаях наложением межкишечного анастомоза.

Трое больных были оперированы с непроходимостью кишечника. Из них у 2 больных были явления спаечной непроходимости в связи с туберкулезным поражением брюшины, а у 1 больной имела место стенозирующая форма туберкулеза слепой кишки. Во всех наблюдениях диагноз был установлен после гистологического исследования брюшины и слепой кишки.

У 2 больных с неопластическим синдромом выявлено поражение желудка и слепой кишки. Диагноз туберкулеза не был установлен. Эти больные оперированы как больные с раком желудка и раком слепой кишки. Диагноз установлен после операции при патоморфологическом исследовании опухолей.

Воспалительный синдром, как следствие туберкулеза

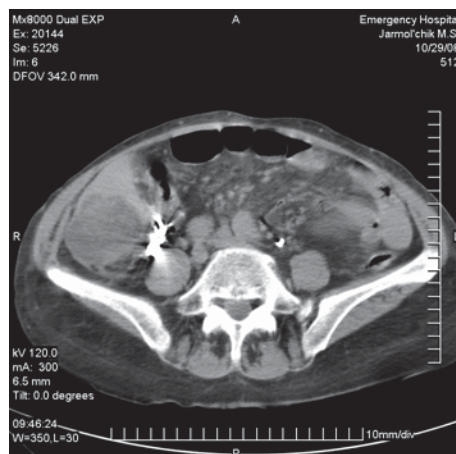


Рисунок 1 – КТ брюшной полости, макропрепарат селезенки и очаг в печени у больной с туберкулезом печени и селезенки

ного поражения органов брюшной полости, мы наблюдали у 2 больных. При этом в обоих случаях данных за туберкулезное поражение легких выявлено не было. В одном случае имело место туберкулезное поражение придатков матки. Больная оперирована – произведена аднексэктомия. Во втором наблюдении диагностирован очаговый туберкулез печени и селезенки. При КТ органов брюшной полости выявлены признаки очагового гнойного поражения печени и селезенки (рис. 1).

Больная оперирована дважды. На первом этапе из печени удалены гнойно-некротические очаги казеоза, а через 30 дней, во время второй операции, удалена селезенка. Основанием для ее удаления явилось нарастание воспалительного синдрома. На макропрепарате в селезенке определялись множественные очаги казеозного некроза с абсцедированием. В послеоперационном периоде продолжалась специфическая терапия. Наступило полное выздоровление больной.

В раннем послеоперационном периоде умерли двое больных с язвенной формой туберкулеза кишечника, осложнившегося перфорацией язв и развитием распространенного гнойного перитонита. У обоих пациентов имелся туберкулез легких ВК+.

Заключение

Таким образом, осложнения абдоминального туберкулеза, требующие хирургического лечения, являются редким заболеванием и маскируются под различную urgentную патологию органов брюшной полости. Наиболее частым осложнением абдоминального туберкулеза является перитонит. При изолированном поражении брюшины показана лечебно-диагностическая лапароскопия с последующей специфической терапией в условиях противотуберкулезного диспансера. Перитониты, вызванные перфорацией кишечника, требуют хирургического лечения. Объем операции определяется индивидуально (ушивание перфоративного отверстия, резекция участка кишки с анастомозом конец в конец, резекция участка кишки с наложением энтеростомы). При очаговом поражении желудочно-кишечного тракта, печени и селезенки окончательный диагноз устанавливается после гистологического заключения и в зависимости от возникшего осложнения выполняется хирургическое вмешательство.

Литература

1. Васильев, А.В. Внелегочный туберкулез: руководство для врачей / А.В. Васильев. – Санкт-Петербург: ИКФ «Фолиант», 2000. – 568 с.
2. Гаврилик, Б.Л. Перитонит как осложнение туберкулеза кишечника / Б.Л. Гаврилик, В.Г. Стенько, И.И. Войтович // Труды XII съезда хирургов Республики Беларусь. – Минск, 2002. – С. 17-19.
3. Инсанов, А.Б. Туберкулез: руководство для врачей и студентов / А.Б. Инсанов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005. – 704 с.
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 / Ю.Н. Левашев, Ю.М. Репина. – СПб.: ЭЛБИ – СПб. – 2006. – 516 с.
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 / М.И. Перильмана. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 512 с.
8. Савоненкова, Л.Н. Клиника, патогенетические аспекты туберкулеза органов пищеварения / Л.Н. Савоненкова, О.Л. Арямкина // Проблемы туберкулеза и болезни 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 / Савоненкова, Л.Н. // 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 // Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2008. – № 9. – С. 32-40.
12. Смотров, С.М. Очаговый туберкулез печени / С.М. Смотров, Б.Л. Гаврилик, И.Г. Варсевич // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2009. – № 1. – С. 132-133.
13. Туберкулез желудка / С.И. Юпатов [и др.] // Хирургия. – 1989. – № 10. – С. 128-129.

Поступила 25.05.2011