

УДК 616.36-002.5-089

ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕЧЕНИ

С.М. СМОТРИН, д.м.н., доцент; Б.Л. ГАВРИЛИК, к.м.н., доцент;

И.Г. ВАРСЕВИЧ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье приведены результаты успешного хирургического лечения больной с очаговым туберкулезом печени.

Ключевые слова: туберкулез, печень

The article presents the results of a successful surgical treatment in patient with focal hepatic tuberculosis.

Key words: tuberculosis, liver

Внелегочный туберкулез, являясь составной частью имеющейся проблемы туберкулеза все больше внимания привлекает не только специалистов фтизиатров, но и врачей разных специальностей в силу наблюдаемого роста данной патологии. Среди других локализаций внелегочного туберкулеза, абдоминальный составляет 2-3%. Чаще всего при абдоминальном туберкулезе поражаются забрюшинные лимфоузлы (59,7%). При этом сочетанное поражение забрюшинных лимфоузлов и других органов брюшной полости составляет 40,3%. Поражение печени при туберкулезе может встречаться в виде трех форм: милиарной, диффузной и очаговой (туберкулома). Основными путями заражения ее являются лимфогенный, гематогенный и контактный. Алиментарному пути заражения отводится скромное место (1). В раннем периоде заболевания его трудно диагностировать из-за скудности симптоматики, а в позднем – из-за многообразия клинических проявлений. Туберкулома печени является редкой находкой. Авторы, описавшие солитарные туберкуломы печени, указывают, что они чаще всего исходят из перипортальной соединительной ткани, но поражают печень изолированно в виде опухоли или абсцесса (2). Лечение туберкулеза печени может быть консервативным (при установленном диагнозе и отсутствии осложнений) и хирургическим (при осложнениях).

Собственное наблюдение

Больная Я. 73 лет, проживающая в г.Гродно поступила в хирургическое отделение УЗ «ГКБСМП г.Гродно» 25.10.08г. При поступлении жаловалась на слабость, ознобы, умеренные боли в животе, похудание. Вышеуказанные жалобы беспокоили в течение 4 месяцев. За две недели до поступления в вечернее время начала повышаться температура до 38-39°C. За медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. В анамнезе туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Из перенесенных заболеваний пневмония, операция на придатках матки.

При объективном исследовании имела место бледность кожных покровов. В легких прослушивалось везикулярное дыхание, хрипы отсутствовали. Пульс 96 уд. в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Сердце – ритм правильный. Живот обычной формы, не вздут, симметричен. В правом подреберье, в проекции печеночного угла ободочной кишки

пальпировалось малоподвижное, плотное, незначительно болезненное опухолевидное образование. Клинические признаки нарушения функции кишечника отсутствовали, мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторные данные. Анализ крови: Эр. – $3,52 \cdot 10^{12}/л$, Нв. – 98 г/л, Нт – 0,28, L – $13,6 \cdot 10^9/л$, э – 1, п – 10, с – 73, л – 10, м – 6, СОЭ – 56 мм/час. Биохимическое исследование крови: белок-75 г/л, мочевины – 4,8 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л, билирубин – 13,7 мкмоль/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л, АСТ – 19 ед./л, АЛТ – 21 ед./л, амилаза 35 ед./л, На – 137,0 ммоль/л, К – 4,9 ммоль/л, хлориды – 105,0 ммоль/л, ПТИ – 0,94, фибриноген А – 4,4 г/л, этаноловый тест – отр. Анализ мочи: удельный вес – 1030, белок – 0,298 г/л, сахар – отр., лейкоциты – 1-2 в п/зр., соли-оксалаты. УЗИ: в правой доле печени определяется узловое образование умеренно неоднородной структуры с гипоехогенным контуром 47 x 38 мм, еще один узел неоднородной структуры 60 x 50 мм. ЭКГ – блокада левой передней ветви пучка Гиса. Умеренная гипертрофия левого желудочка. Р-графия легких: на фоне пневмосклероза с обеих сторон в нижних отделах определяется снижение пневмотизации легочной ткани за счет инфильтрации. Наружные синусы четко не прослеживаются за счет наличия небольшого количества жидкости в плевральных полостях. Корни малоструктурные, тяжистые. Заключение: рентгенпризнаки двухсторонней нижнедолевой пневмонии (вероятно, застойного характера).

Ирригоскопия: бариево-таниновой взвесью выполнены все отделы толстого кишечника. Имеет место удлинение сигмовидной и поперечно-ободочной кишки, последняя расположена в области таза. Печеночный угол ободочной кишки на уровне L3 – L4, смещаемость достаточная. В нисходящем отделе гаустрация неравномерная, местами сглажена. Дистальные отделы кишки несколько сужены. Опорожнение не наступило в слепой и восходящем отделе кишки. В остальных отделах нормальный таниновый рельеф. При двойном контрастировании стенки кишки эластичные. Имеются явления остеохондроза и спондилеза. Заключение: рентген признаки хронического колита.

КТ от 24.10.08: Дистальные отделы легких без особенностей. Плевральные полости свободны. Печень увеличена в размерах в проекции S8 – сег-

мента правой доли (рис. 1) определяется объемное образование ≈ 50 мм в d, плотностью 38-40 ед. Ни без четких контуров. Аналогичное объемное образование в S6 (рис. 2) сегменте правой доли d ? 50 мм, плотностью 39 ед. Ни без четких контуров. Желчный пузырь сокращен. Селезенка 110 x 65 x 90 мм несколько неоднородной плотности 51-55 ед. Ни. В паренхиме обеих почек – кисты 10-11 мм. В левой доле печени – киста 17 мм в d. Поджелудочная железа без особенностей. Забрюшинные л/узлы не увеличены. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Со стороны поясничных позвонков дегенеративно-дистрофические изменения.

Заключение: КТ – признаки подобны на вторичные изменения печени. Киста левой доли печени. Паренхиматозные кисты почек. Вторичные кистозные изменения селезенки.

КТ органов брюшной полости с в/в болюсным контрастированием от 29.10.08. После в/в болюсного введения 160 мл контрастного вещества «Омнипак – 350» произошло диффузное усиление плотности вещества печени до 88-90 ед. Ни. В проекции объемных образований в S6 и S8 сегментах определяется кольцо стабильного контрастного усиления с несколько неровным внутренним контуром. Основной компонент объемных образований $\approx 48-49$ ед. Ни. Создается впечатление подобного образования в S4 сегменте (каудальная часть)

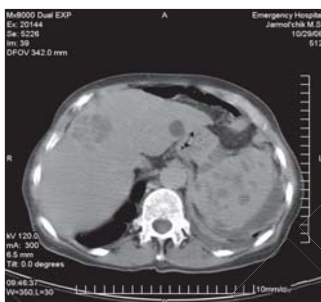


Рисунок 1 – Туберкулома в 8 сегменте печени



Рисунок 2 – Туберкулома в 6 сегменте печени

С диагнозом множественные абсцессы печени 30.10.2008 г. больная оперирована (С.М.Смотрин). Доступом в правом подреберье вскрыта брюшная полость. При ревизии в 4 сегменте печени обнаружено образование до 4 см в диаметре, которое прилежало к капсуле печени. В 6 сегменте образование достигало в диаметре 10 см (рис. 3), к данному образованию был подтянут печеночный угол ободочной кишки.



Рисунок 3 – Туберкулома печени (внешний вид)

В 8 сегменте печени по заднедиафрагмальной поверхности также обнаружено опухолевидное образование до 6 см в диаметре. При ревизии селезенки, тонкой и толстой кишки, органов малого таза патологических образований не обнаружено. С применением аппарата ЛигаШу произведена резекция 4 и 6 сегментов печени со срочным гистологическим исследованием (заключение: опухоль печени с распадом и абсцедированием?). Узел 8 сегмента печени энуклеирован (рис.4).



Рисунок 4 – Диафрагмальная поверхность печени после энуклеации туберкуломы

Кровотечения и желчеистечения после резекции 4 и 6 сегментов печени и энуклеации опухолевого узла 8 сегмента не наблюдалось. На разрезе удаленные образования имели ячеистое строение, каждая из ячеек которых была заполнена густым гноем. Подпеченочное пространство дренировано трубками и тампоном. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и инфузионная терапия. Окончательное гистологическое исследование: в ткани печени обнаружено туберкулезное воспаление: казеозные очаги, туберкулезные грануляции. Больная консультирована фтизиатром, назначена специфическая терапия. Послеоперационный период протекал гладко. При ультразвуковом контроле каких либо изменений со стороны печени и других органов не выявлено. Рана зажила первичным натяжением и 24.11.2008 года больная переведена в тубдиспансер для дальнейшего консервативного лечения.

Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что осложнения очагового туберкулеза печени могут встречаться в общехирургической практике и резекция сегментов печени с энуклеацией узлов является эффективным методом лечения.

Литература

1. Васильев, А.В. Внелегочный туберкулез / А.В.Васильев. – СПб. ИКФ «Фолиант», 2000. – 560 с.
2. Петровский, Б.В. Хирургическая гепатология / Б.В.Петровский. – Москва – «Медицина», 1972. – 351 с.

Поступила 15.12.08