

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

¹Смотрин С.М., ¹Колоцей В.Н., ²Страпко В.П.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

г. Гродно» г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Во всем мире отмечен повсеместный рост заболеваемости абдоминальным туберкулезом. Скрываясь под маской различной патологии органов брюшной полости, абдоминальный туберкулез протекает скрытно, многолико, трудно диагностируется и поздно распознается. Поздняя диагностика и несвоевременно начатая специфическая терапия дают довольно высокую послеоперационную летальность.

Цель. Провести анализ результатов диагностики и лечения пациентов с осложнениями абдоминального туберкулеза.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов диагностики и лечения 15 пациентов с осложнениями абдоминального туберкулеза, которые поступали в хирургическое отделение УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» по экстренной хирургии. Из них женщин было 6 (40,0%), мужчин – 9 (60,0%). До поступления в хирургический стационар 8 пациентов (53,4%) лечились по поводу туберкулеза легких, у 5 из них был ВК+. Эти пациенты были консультированы хирургом и направлялись в больницу скорой помощи с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. У 7 (46,6%) пациентов, поступивших из дома, анамнестических указаний на туберкулез легких не было. У одного из них, мужчины, 76 лет, рентгенологически были диагностированы рассеянные кальцинаты в легких, что позволило заподозрить перенесенный легочной туберкулез. Однако, сам пациент туберкулез легких в анамнезе отрицал. У всех пациентов при поступлении в хирургическую клинику абдоминальная симптоматика носила многоликий характер, не имела патогномоничных симптомов, маскируясь под различную неспецифическую ургентную патологию органов брюшной полости. Перитонеальный синдром наблюдался у 8 пациентов (53,4%), непроходимость желудочно-кишечного тракта – у 3 пациентов (20%), воспалительный синдром - у 2 пациентов (13,3%) и неопластический синдром – у 2 пациентов (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 2 пациентам произведено иссечение язв и ушивание тонкой кишки, в трех случаях была выполнена резекция участка кишки, которая в одном наблюдении была завершена илеостомой и в двух случаях наложением межкишечного анастомоза.

Трое пациентов были оперированы с непроходимостью кишечника. Из них у 2 пациентов имело место спаечная непроходимость в связи туберкулезным поражением брюшины, а у 1 случае - стенозирующая форма туберкулеза слепой кишки. Во всех наблюдениях диагноз был установлен после гистологического исследования брюшины и слепой кишки.

У 2 пациентов с неопластическим синдромом выявлено поражение желудка и слепой кишки. Диагноз туберкулеза желудка и слепой кишки был установлен после биопсии и патоморфологического исследования опухолей. Пациентам выполнена резекция желудка и правосторонняя гемиколэктомия с последующей специфической терапией.

Воспалительный синдром, как следствие туберкулезного поражения органов брюшной полости мы наблюдали у 2 пациентов. При этом в обоих случаях данных за туберкулезное поражение легких выявлено не было. В одном наблюдении имело место туберкулезное поражение придатков матки. Больная оперирована – произведена аднексэктомия. Во втором наблюдении диагностирован очаговый туберкулез печени и селезенки. При КТ имели место признаки очагового гнойного поражения печени и селезенки. Пациентке выполнена спленэктомия и удалены из печени 2 гнойно-некротических очага козеозного некроза. В послеоперационном периоде продолжалась специфическая терапия.

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

Выводы. Осложнения абдоминального туберкулеза, требующие хирургического лечения, встречаются редко и маскируются под различную ургентную 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. При очаговом поражении желудочно-кишечного тракта, печени и селезенки окончательный диагноз устанавливается после гистологического заключения. Объем оперативного вмешательства определяется характером осложнения и степенью поражения органа.