

УДК 617.55-089-02:616-002.5

© М. М. СТЕЦЬ¹, О. І. МАГАС²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця¹
Київська міська клінічна лікарня № 3²

Актуальні питання абдомінальних ускладнень у хворих на генералізовану форму туберкульозу

М. М. STETS¹, О. І. MAGAS²О. О. Bohomolets National Medical University¹
Kyiv City Clinical Hospital № 3²

CURRENT ISSUES OF ABDOMINAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH GENERALIZED TUBERCULOSIS

Всесвітня організація охорони здоров'я у 1993 р. оголосила туберкульоз глобальною проблемою людства. Абдомінальний туберкульоз займає особливе положення серед інших форм позалегеневого туберкульозу, оскільки він становить значну складність у діагностиці і вважається до сьогодні рідкісною патологією. Дані про справжню поширеність абдомінального туберкульозу відсутні. За період з 2005 до 2014 р. на базі Київської міської клінічної лікарні № 3 було проліковано 330 хворих з туберкульозом, з них у 8 (2,4 %) пацієнтів діагностовано туберкульоз органів черевної порожнини. Структура абдомінальної форми туберкульозу була такою: у 2 пацієнтів – абсцеси брижі здухвинної кишки, у 3 хворих – заочеревинна флегмона на тлі деструкції поперекових хребців, у решти 3 – множинні перфорації тонкої кишки з некробіозним розпадом лімфатичних вузлів брижі та гнійно-фібринозним розповсюдженням перитонігом, в тому числі в одного пацієнта – з формуванням абсцесів правого заочеревинного простору та перфорацією сліпої кишки. Хворі були оперовані в ургентному порядку. Загальна летальність складала 15,8 %, а в абдомінальній формі – 62,5 %. Рання діагностика абдомінальних форм туберкульозу, медикаментозний максималізм є запорукою ефективного лікування даної категорії хворих.

The World Health Organization in 1993 declared TB a global problem of humanity. Abdominal tuberculosis has a special position among other forms of extrapulmonary tuberculosis, as it represents a significant difficulty in diagnosis and considered so far rare diseases. The data on the true incidence of abdominal tuberculosis missing. During the period from 2005 to 2014 at the Kyiv City Clinical Hospital № 3 were treated 330 patients with TB, where 8 (2.4%) patients were diagnosed with tuberculosis of the abdomen. Structure abdominal form of tuberculosis was as follows: 2 patients had abscesses mesentery ileum, 3 patients had phlegmon of retroperitoneal space against the backdrop of destruction lumbar vertebrae, the other 3 with multiple perforations of the small intestine necrobiosis collapse mesentery lymph nodes and spread fibrinous purulent peritonitis, including one with the formation of abscesses right retroperitoneal space and perforation of the cecum. The patients were operated in emergency procedure. Total mortality was 15.8 % and 62.5 % in abdominal form. Early diagnosis of abdominal TB, drug perfectionism is the key to effective treatment of these patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Всесвітня організація охорони здоров'я у 1993 р. оголосила туберкульоз глобальною проблемою людства, таку заяву щодо туберкульозу ВООЗ зробила вперше у своїй історії [1].

За даними інформаційного бюлетеня ВООЗ, станом на 2015 р. туберкульоз (ТБ) є другою за значимістю причиною смерті від якого-небудь одного інфекційного агента, поступаючись лише ВІЛ/СНІДу. У 2013 р. 9 млн осіб захворіли на туберкульоз і 1,5 млн чоловік померли від цієї хвороби. Понад 95 % випадків смерті від туберкульозу мають місце в країнах з низьким і середнім рівнем

доходу, і ця хвороба є однією з трьох основних причин смерті жінок у віці від 15 до 44 років. У 2013 р. близько 550 тис. дітей захворіли на туберкульоз та 80 тис. ВІЛ-негативних дітей померли від нього. Туберкульоз є однією з основних причин смерті людей з ВІЛ: він призводить до чверті всіх випадків смерті. За оцінками 2013 р., у 480 тис. людей у світі розвинувся туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ). Число людей, які щорічно захворюють на туберкульоз, зменшується, хоч і дуже повільно. Це означає, що світ поступово рухається до досягнення наміченої на 2015 р. мети тисячоліття щодо повернення назад тенденції поширення туберкульозу. За період з 1990 до 2013 р.

смертність від туберкульозу знизилася на 45 %. З 2000 до 2013 р. 37 млн людських життів було врятовано завдяки діагностиці та лікуванню туберкульозу [2].

За показниками епідемії туберкульозу Україна перебуває на одному з перших місць в Європі. Економічні труднощі, погіршення інфраструктури охорони здоров'я, шкідливі звички (куріння, алкоголізм, наркоманія), незбалансоване харчування тощо призвели до погіршення стану здоров'я населення та зниження колективного імунітету до сприйнятливості туберкульозної інфекції. Через низку політичних та економічних труднощів, руйнацію мережі протитуберкульозних медичних установ і скорочення бюджету на охорону здоров'я система боротьби з туберкульозом перестала справлятися із зростаючим числом хворих на туберкульоз. Епідемічний поріг настав в Україні у 1995 р. і донині тут поширюється епідемія туберкульозу: сьогодні показник захворюваності на туберкульоз порівняно із передепідемічним зріс на 63,0 %. У 2012 р. порівняно з 2011 р. захворюваність мала тенденцію до незначного зростання показника на 1,3 % (з 67,2 на 100 тис. населення до 68,1 на 100 тис. населення) [3].

Аналізуючи ситуацію із захворюванням на туберкульоз, необхідно звернути увагу на позалегенові форми цієї недуги. За 2012 р. в Україні захворюваність на позалегеновий туберкульоз порівняно з 2011 р. зменшилась на 1,4 % (з 6,9 до 6,8 на 100 тис. населення). У структурі цього показника позалегеновий туберкульоз органів дихання становив 57,9 %; кістково-суглобовий туберкульоз – 19,7 %; туберкульоз периферичних лімфовузлів – 8,7 %; туберкульоз сечостатевої системи – 5,6 %; туберкульоз очей та нервової системи – 2,4 %; решту 3,3 % становив туберкульоз іншої локалізації [3, 4].

Абдомінальний туберкульоз займає особливе положення серед інших форм позалегенового туберкульозу, оскільки він становив значну складність у діагностиці і вважається до сьогодні рідкісною патологією. Складнощі проблеми абдомінального туберкульозу визначені ще й тим, що клінічна класифікація включає в себе як самостійну форму лише туберкульоз кишечника, очеревини і туберкульозний мезаденіт, а інші його локалізації враховуються як “інші”. При поєднанні туберкульозу легень з абдомінальним туберкульозом випадки шифруються за патологією легень. Насправді ж туберкульоз в органах травної системи представлений набагато ширше і значно більшим числом випадків, ніж те, що враховується офіційною статисти-

кою. Дані про справжню поширеність абдомінального туберкульозу відсутні [5, 6, 7, 8].

Матеріали і методи. За період з 2005 до 2014 р. на базі Київської міської клінічної лікарні № 3 було проліковано 330 хворих на туберкульоз, з них у 8 (2,4 %) пацієнтів було діагностовано туберкульоз органів черевної порожнини. Пацієнти з абдомінальною формою були госпіталізовані в ургентному порядку з проведенням обов'язкових методів клініко-лабораторного та інструментального обстеження.

Туберкульоз органів черевної порожнини мав місце переважно у хворих з розповсюдженим деструктивним процесом у легенях (казеозна пневмонія – 36,4 %, дисемінований туберкульоз – 18,2 %, фібринозно-кавернозний – 16,7 %).

Структура абдомінальної форми туберкульозу була такою: у 2 пацієнтів – абсцеси брижі здухвинної кишки, у 3 хворих – заочеревинна флегмона на тлі деструкції поперекових хребців, у решти 3 – множинні перфорації тонкої кишки з некробіозним розпадом лімфатичних вузлів брижі та гнійно-фібринозним розповсюдженням перитоніту, в тому числі в одного пацієнта – з формуванням абсцесів правого заочеревинного простору та перфорацією сліпої кишки.

Загальними клінічними проявами генералізованого туберкульозного процесу були кахексія, адинамія, апатія до навколишнього світу, психологічна мінливість, виражена блідість шкіри із землистим відтінком, тривалий субфебрилітет (3–4 тижні), тахікардія (110–139 уд/хв), задишка (ЧДР – 25–34) та загальна слабкість.

У хворих з абсцесами брижі здухвинної кишки мав місце інфільтрат у правій здухвинній ділянці, щільно-еластичної консистенції, гладкий, з нечіткими контурами та нерухомий із супровідною локальною гіпертермією. Враховуючи відсутність проявів перитоніту, хворі були дообстежені, включаючи КТ органів черевної порожнини. За даними КТ, було діагностовано абсцес брижі здухвинної кишки та мезентеріальну лімфаденопатію. Враховуючи попередні дані рентгенографії органів грудної порожнини з наявністю рентгенологічних ознак туберкульозу та дані КТ, було встановлено попередній діагноз: абсцес брижі тонкої кишки туберкульозного походження. Ці хворі були прооперовані у відстроченому періоді в об'ємі лапаротомії з розкриттям абсцесу та некректомією в межах здорових тканин без резекції кишечника. Порожнину абсцесу санували антисептиками та дренивали ПХВ трубками з подальшим проведенням лаважу.

У хворих із флегмоною заочеревинного простору на тлі деструкції поперекових хребців мала місце клініка псоїту з вираженими явищами загальної інтоксикації та болю в поперековій ділянці на боці ураження. В одного пацієнта була пастозність з дисциркуляторними розладами в цій ділянці, що проявлялась мармуровістю та ціанозом шкіри. При проведенні ультразвукового дослідження визначали гідрофільність поперекових м'язів та наявність множинних мілких вогнищ анехогенних утворів діаметром 1,5–2 см. Це дослідження доповнювали пункцією під контролем ультразвуку з наступним отриманням гнійного виділення. Саме це було абсолютним показанням до хірургічної обробки гноя в екстреному порядку. Однак в одного хворого маніфестація абдомінальної форми туберкульозу починалась із симптому Кохера, що супроводжувалось гіпертермією, відсутністю ознак перитонізму з апатією до їжі. Вищезазначені прояви створювали труднощі при встановленні діагнозу і вирішенні подальшої тактики. Консервативна тактика в даному випадку відстрочила хірургічне та специфічне лікування на 2 тижні, і дренивання абсцесу заочеревинного простору треба було виконувати трансабдомінально на висоті перфорації в черевну порожнину.

У хворих із множинними перфораціями тонкої кишки з некробіозним розпадом лімфатичних вузлів брижі та гнійно-фібринозного розповсюдженого перитоніту, що було виявлено ітраопераційно, діагностичним критерієм доказовості були наявність рентгенологічного симптому “серпа” під правим куполом діафрагми, симптом Спіжарного, виражений м'язовий дефанс передньої черевної стінки в усіх відділах, лице Гіппократа та вимушене положення в ліжку. Вищезазначене було показанням до екстреного хірургічного лікування. Ліквідацію причин перитоніту проведено за онкологічними принципами з дотриманням правил абластичності та адекватною санацією з наступним формуванням проточної системи лаважу черевної порожнини. У двох випадках операцію закінчували лапаростомією для програмованих санаційних релапаротомій.

Тяжкість хворих оцінювали за шкалою АРАСНЕ II. Таким чином, за шкалою АРАСНЕ II, у 5 хворих стан був тяжким, який відповідав оцінці 21, а у 3 – вкрай тяжким, що відповідав оцінці 14.

Результати досліджень та їх обговорення. Провівши ретроспективний аналіз вищезазначених випадків, відзначили, що анамнез захворювання даної категорії хворих складав від 6 до 12 місяців. При цьому спостережено, що хворі мали контакти

з пацієнтами, які страждали від туберкульозу. В 2 випадках пацієнти працювали в складських приміщеннях, в 1 випадку хворий нещодавно звільнився з місця обмеження волі, а ще в 2 випадках пацієнти були хворі на ін'єкційну наркоманію.

Слід зазначити, що 5 хворих перебували на диспансерному обліку та лікувались амбулаторно. В жодного з них лікарями диспансерної служби не було проведено детального всебічного обстеження черевної порожнини відповідно до протоколу диспансерного нагляду за даною категорією хворих.

Виконання операційного втручання у хворих з абдомінальними ускладненнями туберкульозу проводили на тлі вираженої інтоксикації, як загальних проявів, так і зумовлених перитонітом різного ступеня розповсюдження. Остання вимагала в передопераційному періоді короткострокової протишокової підготовки з максимальним медикаментозним забезпеченням, що дало змогу закінчити операційне втручання. В комплексі антисептичних засобів для адекватної санації черевної порожнини ми застосовували октиносепт, йодоперон з новакаїном, декасан, а в окремих випадках розчин перекису водню 3 %. При цьому формували лапаростомію, яка була ефективною після 2–3 сеансів санації черевної порожнини. Вогнища заочеревинного простору санували фракційним та проточним лаважем протягом 24 год, які на тлі специфічної терапії мали свою ефективність вже на 5–7 добу. Хотілось би зазначити, що прокальцитоніновий показник досягав у цих хворих до 8–9 од. Бактеріологічний пейзаж після виконання санаційних лапаротомій при контрольному дослідженні не виявляв росту специфічної флори. Негативні результати були в сечі та мокроті. Однак, за даними УЗД, в післяопераційному періоді виявляли лімфаденопатію брижі тонкої кишки та парахолодохоліальних вузликів з явищами гепатозу та помірної спленомегалії.

Загальна летальність складала 15,8 %, а в абдомінальній формі – 62,5 %. 21 діагноз було підтверджено гістологічно та бактеріологічно, а в 19 осіб – клініко-рентгенологічно.

Висновки. 1. Проблема діагностики та лікування абдомінальних ускладнень генералізованих форм туберкульозу була і залишається актуальною проблемою сьогодення.

2. Рання діагностика абдомінальних форм туберкульозу, медикаментозний максималізм є запорукою ефективного лікування даної категорії хворих.

3. Застосування вищезазначених принципів дає надію на зменшення показника летальності, що в нашому дослідженні склав 62,5 %.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Lawn S. D. Tuberculosis / S. D. Lawn, A. I. Zumla // *Lancet*. – Vol. 378. – 2011. – С. 57–72.
2. Tuberculosis Fact sheet №104 // *World Health Organization*. – march 2015.
3. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2001–2012 роки). – К., 2013. – 122 с.
4. Феценко Ю. І. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “Туберкульоз”: особливості його підготовки та чим відрізняється від попередніх клінічних протоколів / Ю. І. Феценко, С. О. Черенько, А. І. Барбова // *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. – 2013. – № 2. – С. 8–18.
5. Ковальова Г. Г. Актуальні питання та практичні підходи до підвищення ефективності Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз в Україні / Г. Г. Ковальова // *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. – 2013. – № 4. – С. 14–23.
6. Баринов В. С. Комплексное обследование больных при подозрении на абдоминальный туберкулез с использованием малоинвазивных технологий / В. С. Баринов, Б. М. Ариэль, М. А. Соловьева // *Туберкулез и болезни легких*. – 2011. – № 7. – С. 45–48.
7. Звягинцева Т. Д. Туберкулез кишечника / Т. Д. Звягинцева, Л. А. Мирзоева // *Здоровье Украины*. – 2007. – № 17. – С. 60.
8. Меджидов Р. Т. Диагностика и лечение абдоминального туберкулеза / Р. Т. Меджидов, М. И. Кутиев // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2008. – Т. 15, № 4. – С. 34–35.
9. Оперативные вмешательства при осложненных формах туберкулеза органов брюшной полости / Ф. А. Батыров, А. И. Карпенко, Н. В. Стальцев [и др.]. // *Хирургия им. Н. И. Пирогова*. – 2005. – № 1. – С. 51–53.

Отримано 22.01.15