

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

С. А. БЕЛОВ, К. В. СТЕПНИЙ, А. А. ГРИГОРЮК, А. С. ШАПОВАЛОВ

CLINICAL FEATURES IN ACUTE SURGICAL ABDOMINAL DISEASE IN PATIENTS WITH DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

S. A. BELOV, K. V. STEGNIY, A. A. GRIGORYUK, A. S. SHAPOVALOV

Приморский краевой противотуберкулезный диспансер, г. Владивосток

Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентов с острой неспецифической патологией органов брюшной полости Приморского краевого противотуберкулезного диспансера с 2005 по 2012 г. Клинические, лабораторные и лучевые методы диагностики оказались малоинформативными и требовали от хирурга проведения инвазивных способов исследования. Больные были распределены на четыре группы, которым для диагностики острой абдоминальной патологии осуществляли лапаротомию, лапароцентез, лапароскопию, лапаролифт. Оптимальным и информативным из инвазивных методов диагностики больных туберкулезом с нестабильной гемодинамикой и дыхательной недостаточностью оказалась безгазовая лапароскопия.

Ключевые слова: туберкулез легких, urgentная хирургия.

The 2005 to 2012 case histories of patients with acute nonspecific abdominal diseases from the Primorye Territorial Tuberculosis Dispensary were retrospectively analyzed. Clinical, laboratory, and radiological diagnostic studies were of no informative value and required that a surgeon should make invasive studies. The patients were divided into 4 groups who underwent laparotomy, laparocentesis, laparoscopy, and laparolift for the diagnosis of acute abdominal diseases. Among the invasive diagnostic techniques, gas-free laparoscopy proved to be optimal and informative in patients with unstable hemodynamics and respiratory failure.

Key words: pulmonary tuberculosis, urgent surgery.

Несмотря на стремительный прогресс современной хирургии, неотложная хирургическая помощь при патологии органов живота у больных туберкулезом остается исключительно трудной. Более того, констатируется высокий процент послеоперационной летальности среди пациентов с острыми хирургическими заболеваниями [1, 4, 6, 7, 8, 11]. Главными причинами летальности при «остром животе» являются запоздавшая диагностика из-за разнообразия клинических проявлений туберкулеза и его осложнений, использование обезболивающих и седативных средств, антибиотиков, кортикостероидных гормонов, которые маскируют или изменяют симптоматику [1, 2, 7, 9]. Данные лабораторных исследований обычно малоинформативны, и их интерпретация затруднена, потому что выявляемые изменения могут быть следствием как деструктивного туберкулеза, так и хирургической патологии брюшной полости [5, 10].

Цель исследования – изучить особенности проявления острых неспецифических абдоминальных заболеваний у больных деструктивным туберкулезом легких, сравнить инвазивные методы их диагностики.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентов с острой неспецифической па-

тологией органов брюшной полости Приморского краевого противотуберкулезного диспансера с 2005 по 2012 г. К основным неотложным хирургическим заболеваниям были отнесены наиболее часто встречающиеся нозологические формы: острый аппендицит; острый панкреатит; острый холецистит; перфорация желудочно-дуоденальной язвы; острая кишечная непроходимость; ущемленная грыжа.

С 2005 по 2012 г. в Приморском краевом противотуберкулезном диспансере в хирургическом лечении нуждались 162 пациента, что составило 1,0% от всех пролеченных больных туберкулезом. Среди этих пациентов преобладали лица трудоспособного возраста, средний возраст $37,6 \pm 6,4$ года. Мужчин было 119, женщин – 43. У всех больных на момент госпитализации имелся деструктивный туберкулез легких, симптомы интоксикации с выраженными изменениями крови. По клиническим формам имелись следующее распределение: инфильтративная – 80 (49,4%) больных, второе место по частоте занимала фиброзно-кавернозная – 57 (35,2%), диссеминированная – 20 (12,3%) и генерализованная – 5 (3,1%) больных. У 4 больных генерализованный туберкулез сочетался с ВИЧ-инфекцией. Являлись бактериовыделителями 147 (90,7%) пациентов, из них у 33,6% больных возбудитель был лекарственно-устойчивым.

У 62 (42%) пациентов имелись хронический гепатит и/или алкоголизм, а у 94 (58%) – дефицит массы тела различной степени. Общее состояние больных было средней и тяжелой степени тяжести. Ведущими жалобами являлись общее недомогание, слабость, кашель с мокротой, нехватка воздуха, диспепсия. Боли в животе неинтенсивного характера, без четкой локализации, с длительными периодами (до 12-18 ч) затихания отмечали 56 (34,6%) больных. При объективном обследовании выявлены субфебрильная температура у 36 (22,2%) пациентов, умеренная тахикардия до 90-100 ударов в минуту – у 114 (70,4%), гипотония – у 49 (30,3%), одышка – у 78 (48,1%). Живот в акте дыхания участвовал, явных изменений его формы не было. При пальпации лишь у 5% обнаружены напряжение передней брюшной стенки и ригидность мышц, у остальных живот был мягкий, доступный пальпации во всех отделах. У больных с абдоминальными болями положительные симптомы раздражения брюшины наблюдали в 12% случаев, а в 20% – они были сомнительными.

Хорошо известно, что для больных деструктивным туберкулезом легких характерна недостаточность функции многих органов и систем, поэтому при экстренных операциях необходимо это учитывать. Для преодоления трудностей диагностики абдоминальной патологии использовали инструментальные методы обследования, отличающиеся по степени своей информативности, безопасности и возможности применения.

Результаты и обсуждение

Диагностическая лапаротомия выполнена 10 пациентам, из них 3 умерли в послеоперационном периоде от прогрессирования туберкулеза и дыхательной недостаточности.

К преимуществам лапароцентеза следует отнести доступность, быстроту, простоту выполнения и возможность использования у больных с нестабильной гемодинамикой. Проведен лапароцентез у 8 больных, из них у 4 (50%) результат остался сомнительным, что потребовало проведе-

ния лапароскопии. Недостатками лапароцентеза являются отсутствие визуализации абдоминального пространства, а также осложнения, связанные с повреждением внутренних органов и их кровотечением.

В отношении диагностической лапароскопии подавляющее большинство хирургов поддерживают мнение, что этот метод диагностики наиболее безопасен, эффективен и информативен. К недостаткам лапароскопии относят отрицательное воздействие напряженного пневмоперитонеума с изменением центральной гемодинамики и функции внешнего дыхания у больных с низким резервом компенсаторных механизмов, эта проблема особо актуальна у больных с заболеваниями органов дыхания [3], а также необходимость соблюдения определенных условий выполнения лапароскопии (наркоз, операционная, слежение за утечкой газа, соответствующий инструментарий и оборудование). Лапароскопия проведена 37 больным, из них у 26 – в послеоперационном периоде усилилась дыхательная недостаточность, у 4 – в позднем послеоперационном периоде наступила смерть от прогрессирования туберкулеза легких и нарастания дыхательной недостаточности.

С 2009 г. проведены 43 диагностические безгазовые лапароскопии лапаролифтом собственной конструкции (патент № 2475196 от 08.11.2011 г.). Осложнений, связанных с ее выполнением, не отмечено. Преимуществами выполнения безгазовой лапароскопии являются: возможность ее применения у больных с нестабильной гемодинамикой и дыхательной недостаточностью, у пациентов пожилого и старческого возраста, простота и быстрота выполнения. К недостаткам относятся трудности визуализации органов, расположенных в глубине брюшной полости, боковых каналов, затрудненная адекватная экспозиция у тучных больных, ограничение возможности выполнения лечебных манипуляций [7].

Сравнительная характеристика используемых инвазивных способов для диагностики острой абдоминальной патологии представлена в табл.

Таблица

Инвазивная диагностика острой абдоминальной патологии за 2005-2012 гг.

Метод	Степень дыхательной недостаточности			Вид анестезии	Визуализация органов брюшной полости	Время манипуляции, мин	Койко-день в хирургическом отделении
	I	II	III				
Лапаротомия (n = 10)	2	3	5	наркоз	+	68,7 ± 15,2	24,1 ± 6,2
Лапароскопия (n = 37)	27	10	-	наркоз	+	59,2 ± 12,4	9,7 ± 3,1
Лапаролифт (n = 43)	-	3	40	местная	+	14,6 ± 2,6	7,8 ± 1,5
Лапароцентез (n = 8)	-	6	2	местная	-	7,1 ± 3,5	6,4 ± 2,3

Безгазовая лапароскопия позволила с минимальной травматичностью провести диагностику острых абдоминальных состояний у больных деструктивным туберкулезом легких и со II-III степенью дыхательной недостаточности. При этом визуализация органов брюшной полости была достаточной для исключения или подтверждения ургентной патологии. Время манипуляции 15-20 мин, койко-день в хирургическом отделении в среднем составлял 8 дней, смертельных исходов не было.

Выводы

Разнообразие параспецифических реакций организма на туберкулезную инфекцию маскирует или извращает клиническую картину острой абдоминальной патологии брюшной полости.

Оптимальным из инвазивных методов диагностики у больных туберкулезом с нестабильной гемодинамикой и дыхательной недостаточностью является безгазовая лапароскопия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батыров Ф. А., Корнилова З. Х., Скопин М. С. и др. Особенности клинической картины и диагностики осложненных форм туберкулеза органов брюшной полости // Пробл. туб. – 2008. – № 9. – С. 32-40.
2. Батыров Ф. А., Скопин М. С., Матросов М. В. Коррекция метаболических нарушений у больных туберкулезом легких с сопутствующими заболеваниями // Рос. мед. ж. – 2009. – № 1. – С. 56-56.
3. Вишник Ю. С., Чердашев Д. В., Миллер С. В. и др. Применение лапаролифта для выполнения эндоскопических операций у больных панкреонекрозом с высоким операционным риском // Эндоскоп. хирургия. – 2006. – № 2. – С. 27-28.

4. Ермаков А. А. Диагностическая лапароскопия в лечении больных с экстренной абдоминальной патологией // Эндоскоп. хирургия. – 2005. – № 1. – С. 49.
5. Кибрик Б. С., Челнокова О. Г. Некоторые особенности лекарственной резистентности микобактерий туберкулеза у больных с остро прогрессирующими деструктивными формами туберкулеза легких // Пробл. туб. – 2003. – № 8. – С. 3-5.
6. Сорока А. К., Семенов В. К. Опыт выполнения неотложных лапароскопических операций // Тихоокеан. мед. ж. – 2004. – Т. 1, № 15. – С. 96.
7. Устинов О. Г., Захматов Ю. М. Критерии оценки эндоскопических доступов // Эндоскоп. хирургия. – 2003. – № 1. – С. 39.
8. Хаджибаев А. М., Атаджанов Ш. К., Арипов У. Р. и др. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости // Вестн. хир. – 2006. – Т. 165, № 3. – С. 58-60.
9. Шилова М. В., Глушная Т., Фролова Н. Смертность населения от туберкулеза // Врач. – 2009. – № 2. – С. 2-5.
10. Шкурин В. А., Надеев А. П., Карпов М. А. Исследование деструктивных и репаративных процессов в печени при хроническом гранулематозе смешанной (силикотической и туберкулезной) этиологии в эксперименте // Бюл. эксперим. биологии и медицины. – 2010. – Т. 149, № 6. – С. 622-626.
11. Stefanidis D., Richardson W. S., Chang L. et al. The role of diagnostic laparoscopy for acute abdominal conditions: an evidence-based review // Surg. Endosc. – 2009. – № 23. – P. 16-23.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Белов Сергей Анатольевич

*Приморский краевой противотуберкулезный диспансер,
врач-хирург торакального отделения.*

690041, г. Владивосток, ул. Пятнадцатая, д. 2.

Тел./факс: 8 (4232) 33-40-72.

E-mail: sur_belov@mail.ru

Поступила 15.01.2013