

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А.И. Хрипун¹, О.Н. Зубань², М.Н. Решетников², Р.В. Мальцев², Е.М. Богородская²

THE STATE-OF-THE-ART PLANNING OF THE ABDOMINAL SURGICAL INTERVENTIONS IN TUBERCULOSIS PATIENTS

A.I. Khripun, O.N. Zuban, M.N. Reshetnikov, R.V. Maltzev, E.M. Bogorodskaya

На основании двухгодичного опыта (2010–2011 гг.) хирургического отделения многопрофильной туберкулезной больницы проанализированы различные аспекты планового хирургического лечения по поводу патологии органов брюшной полости. Показаниями к такому лечению были грыжи передней брюшной стенки (43,9%), злокачественные новообразования органов брюшной полости (16,3%), подозрения на абдоминальный туберкулез (15,3%) и хронический калькулезный холецистит (12,2%), что не отличается от таковых при отсутствии туберкулеза. Наиболее часто проводили грыжесечения (43,9%) и лапароскопические диагностические и лечебные пособия (41,8%), реже – вмешательства на желудке и пищеводе (12,2%), кишечнике (7,1%), на поджелудочной железе (1,0%). Частота осложнений (6,1%) и послеоперационная летальность больных (3,1%) не превысили таковых в популяции в целом. Проведение комбинированной противотуберкулезной терапии четырьмя-пятью препаратами в течение двух и более месяцев до стабилизации туберкулезного процесса позволяет избежать его обострения в раннем послеоперационном периоде. У пациентов с сочетанием злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и туберкулеза целесообразно выполнение оперативного вмешательства в кратчайшие сроки, после двух-трех недель интенсивного курса противотуберкулезной терапии.

Ключевые слова: туберкулез, абдоминальная хирургия.

Введение

Клиническое течение туберкулеза и эффективность его лечения в значительной степени определяются наличием интеркуррентных заболеваний, усугубляющих специфический процесс и затрудняющих его лечение. Частота сопутствующей патологии у больных туберкулезом легких варьирует от 80 до 100%. Известно, что на течение туберкулеза существенно влияют хронические вирусные и алкогольные гепатиты,

The study based on the biannual experience (2010–2011) of the Moscow multidisciplinary TB-hospital's surgery department. The indications to abdominal surgical interventions include: ventral hernias (43,9%), abdominal malignancy (16,3%), abdominal TB suspicions (15,3%) and cholecystitis and cholelithiasis (12,2%) – the same as in patients without TB. The most common operations were hernia repair (43,9%) and laparoscopy-assisted procedures (41,8%), more rarely – surgery on the stomach and esophagus (12,2%), on the bowel (7,1%) and on the pancreas (1,0%). The complications in the postsurgical period (6,1%) and the postoperative lethality (3,1%) not exceed the overage population rate. The chemotherapy based on the combination of four or five drugs for two or more months until the TB stabilization allows avoid the TB exacerbation or relapse in the postsurgical period. In TB patients with concomitant abdominal malignancies the operative treatment is feasible in the short time, after two-three weeks intensive chemotherapy.

Keywords: tuberculosis, abdominal surgery.

язвенная болезнь, сахарный диабет, наличие ВИЧ-инфекции. Заметно осложняют комплексное лечение больных побочные реакции, нередко развивающиеся при химиотерапии [2, 4, 7, 8, 12]. Вследствие этого для больных туберкулезом актуальны вопросы лечения сопутствующих заболеваний, включая поражения желудочно-кишечного тракта, в том числе хирургическими методами.

¹ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; Департамент здравоохранения города Москвы

² ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы»

По мнению отдельных исследователей, наличие активного туберкулезного процесса является противопоказанием для выполнения плановых хирургических вмешательств вследствие угрозы прогрессирования или обострения заболевания. Эта точка зрения основана на опыте выполнения классических, достаточно травматичных операций и зародилась в доантибактериальную эру [3, 14]. Однако широкое применение комбинированной противотуберкулезной терапии, внедрение современных электрохирургических технологий, совершенствование анестезиологической техники позволяют щадяще оказать оперативное пособие, стабилизировать функцию страдающей системы органов. Имеются исследования, свидетельствующие об успешном опыте оперативного лечения ургентной патологии органов брюшной полости у больных туберкулезом легких [10], а также об удовлетворительных результатах плановой хирургии заболеваний предстательной железы у этой категории пациентов [6]. Некоторые авторы утверждают, что наличие легочного туберкулеза не является противопоказанием к выполнению ранних оперативных вмешательств по поводу сопутствующей экстрапульмональной патологии [15]. В то же время вопросы плановой помощи больным хирургическими заболеваниями органов брюшной полости при активном туберкулезе органов дыхания остаются дискуссионными. Именно поэтому во многих регионах страны значительная часть больных туберкулезом, нередко получающих противотуберкулезную химиотерапию два и более года, вынуждена длительное время оставаться без плановой качественной хирургической помощи, ожидая излечения от туберкулеза.

Цель исследования

Повышение эффективности лечения больных туберкулезом легких с сопутствующими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Задачи исследования

1. Изучить структуру заболеваний органов брюшной полости, требующих планового хирургического лечения, у больных туберкулезом легких.
2. Оценить результаты планового хирургического лечения абдоминальной патологии, сопутствующей туберкулезу легких.
3. Уточнить показания и противопоказания к хирургическому лечению заболеваний органов брюшной полости у больных туберкулезом легких.

Материалы и методы

В 2010–2011 гг. в ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 7 Департамента здравоохранения города Москвы» (ныне – клиника № 2 ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы») плановому

хирургическому лечению по поводу патологии органов брюшной полости подвергнуто 98 больных туберкулезом органов дыхания. Все они госпитализированы в хирургическое отделение по направлению противотуберкулезных диспансеров или консультативно-диагностического отделения МНПЦ борьбы с туберкулезом. Мужчин было 74 (75,5%), женщин – 24 (24,5%), в возрасте от 21 года до 86 лет.

Все пациенты обследованы клиническими, лабораторными, рентгенологическими, ультразвуковыми, инструментальными и эндоскопическими методами. Противотуберкулезная терапия проведена с учетом индивидуальной переносимости и чувствительности к лекарствам микобактерий туберкулеза (МБТ) согласно действовавшим нормативным документам (приказ Минздрава России от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»).

Динамику легочного процесса оценивали по показателям: «значительное улучшение» – прекращение бактериовыделения и закрытие полостей распада, «улучшение» – прекращение бактериовыделения, улучшение местного процесса по данным рентгенологических исследований, «относительная стабилизация» – значительное снижение симптомов интоксикации, уменьшение интенсивности бактериовыделения, отсутствие рентгенологических признаков дальнейшего прогрессирования, «клинический эффект» – уменьшение симптомов интоксикации и локальных признаков болезни, улучшение гематологических показателей, «прогрессирование» – увеличение деструкции и/или нарастание инфильтрации в легочной ткани, появление очагов бронхогенного отсева или лимфо-гематогенной диссеминации, ухудшение основных клинико-лабораторных параметров.

Результаты и обсуждение

Клинико-рентгенологические формы туберкулеза органов дыхания и других локализаций у оперированных больных представлены в таблице 1.

Самую многочисленную группу составили больные инфильтративным и диссеминированным туберкулезом легких – всего 50 человек (50,9%). Еще у восьми больных (8,2%) был диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Выделение МБТ с мокротой к моменту оперативного лечения обнаружено у 17 больных (17,3%), наличие ВИЧ-инфекции – у 11 (11,2%). При внелегочном туберкулезе хирургическое лечение неспецифических заболеваний органов брюшной полости выполнено у восьми (8,2%) пациентов. У четырех больных плановые оперативные вмешательства были проведены на фоне уточнения активности туберкулезного процесса.

Интервал времени от момента установления туберкулеза до предпринятого оперативного лечения существенно варьировал и составил от одного месяца до 22 лет. Так как данные

Таблица 1. Распределение пациентов по клинко-рентгенологическим формам туберкулеза и его локализациям

Локализация и форма туберкулеза	Количество больных		95% доверительный интервал
	абс.	%	
Туберкулез органов дыхания	90	91,8	86,4, 97,3
в том числе:			
инфильтративный	29	29,6	20,4, 38,7
диссеминированный	21	21,3	13,2, 29,6
очаговый	11	11,2	4,9, 17,6
туберкулема	9	9,2	3,4, 14,9
фиброзно-кавернозный	8	8,2	2,7, 13,6
внутригрудных лимфатических узлов	5	5,1	0,7, 9,5
плеврит	3	3,1	0,0, 6,5
туберкулез легких неясной активности	4	4,1	0,1, 8,1
Туберкулез внелегочных локализаций	8	8,2	2,7, 13,6
в том числе:			
туберкулез почек	4	4,1	0,1, 8,1
туберкулез органов брюшной полости	4	4,1	0,1, 8,1
Всего	98	100,0	

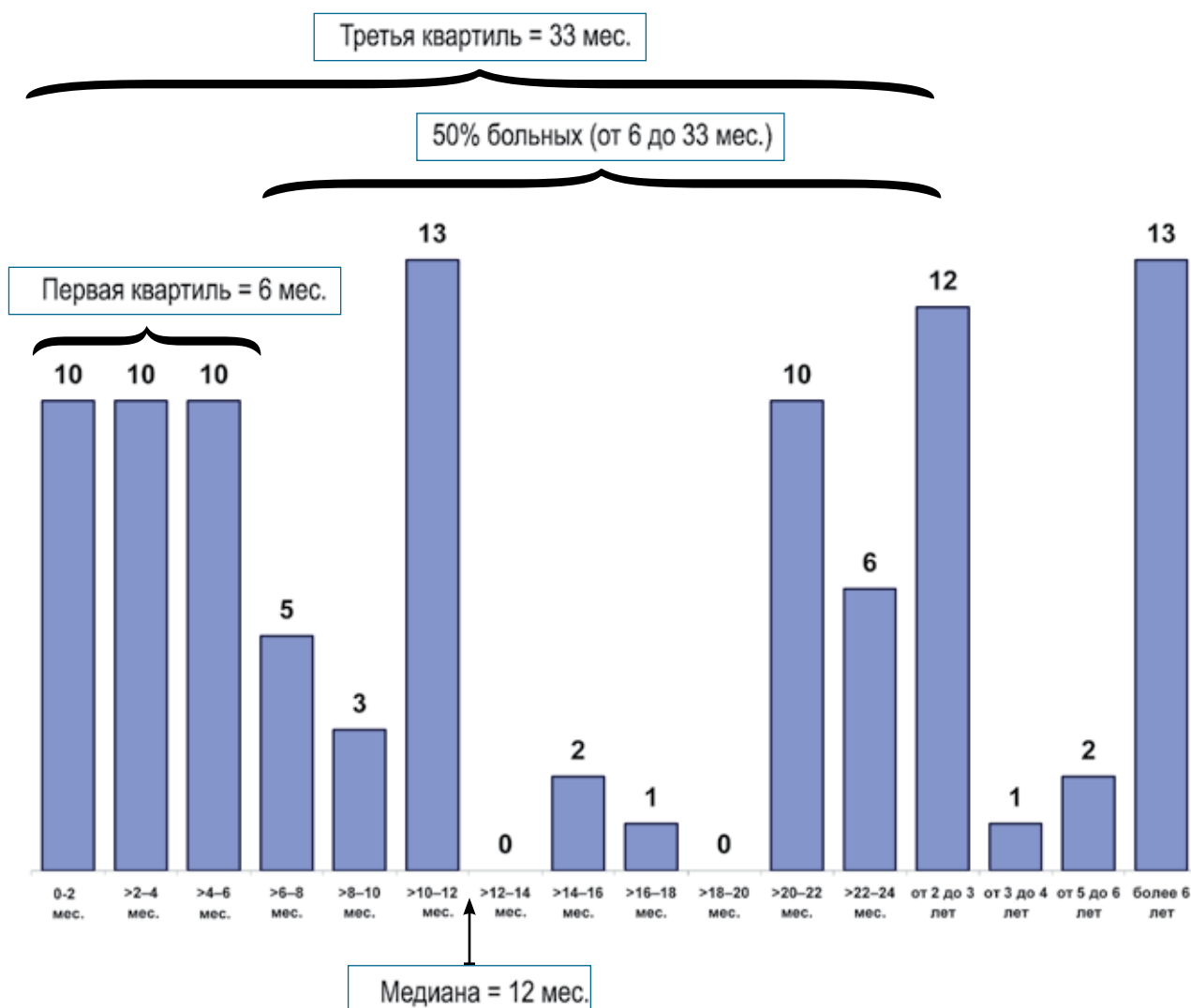


Рис. 1. Давность заболевания туберкулезом (в месяцах) на момент планового оперативного лечения заболеваний органов брюшной полости (число пациентов, n = 98)

имели ненормальное распределение, были рассчитаны первая (25% наблюдений) и третья (75% наблюдений) квантили. В 50% случаев данные уложились в промежуток от шести до 33 месяцев, медиана составила 12 месяцев (рис. 1).

Режимы противотуберкулезной химиотерапии представлены в таблице 2. 24,5% больных получали I режим химиотерапии, включавший четыре противотуберкулезных препарата первого ряда (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол или стрептомицин), 13,3% больных – режим IIa, включающий четыре противотуберкулезных препарата первого ряда без стрептомицина, 21,4% – режим IIб, включавший от пяти до шести противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда. 9,2% больных получали химиотерапию по режиму IV, предназначенному для больных с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя туберкулеза и включавшему не менее пяти препаратов второго ряда с минимальной продолжительностью лечения 18 месяцев. 20,4% пациентов получали индивидуальный режим химиотерапии по назначению врачебной комис-

Таблица 2. Режимы противотуберкулезной химиотерапии

Режим химиотерапии	Количество больных		95% доверительный интервал
	абс.	%	
I	24	24,5	15,9, 33,1
IIa	13	13,3	6,5, 20,0
IIб	21	21,4	13,2, 29,6
IV	9	9,2	3,4, 14,9
Индивидуальный режим*	20	20,4	12,3, 28,5
Химиотерапия завершена	11	11,2	4,9, 17,6
Всего	98	100,0	

* Примечание: был назначен врачебной комиссией в связи с индивидуальной непереносимостью отдельных противотуберкулезных лекарственных препаратов

сии в связи с индивидуальной непереносимостью отдельных противотуберкулезных лекарственных препаратов. У 11,2% больных лечение по поводу туберкулеза было завершено,

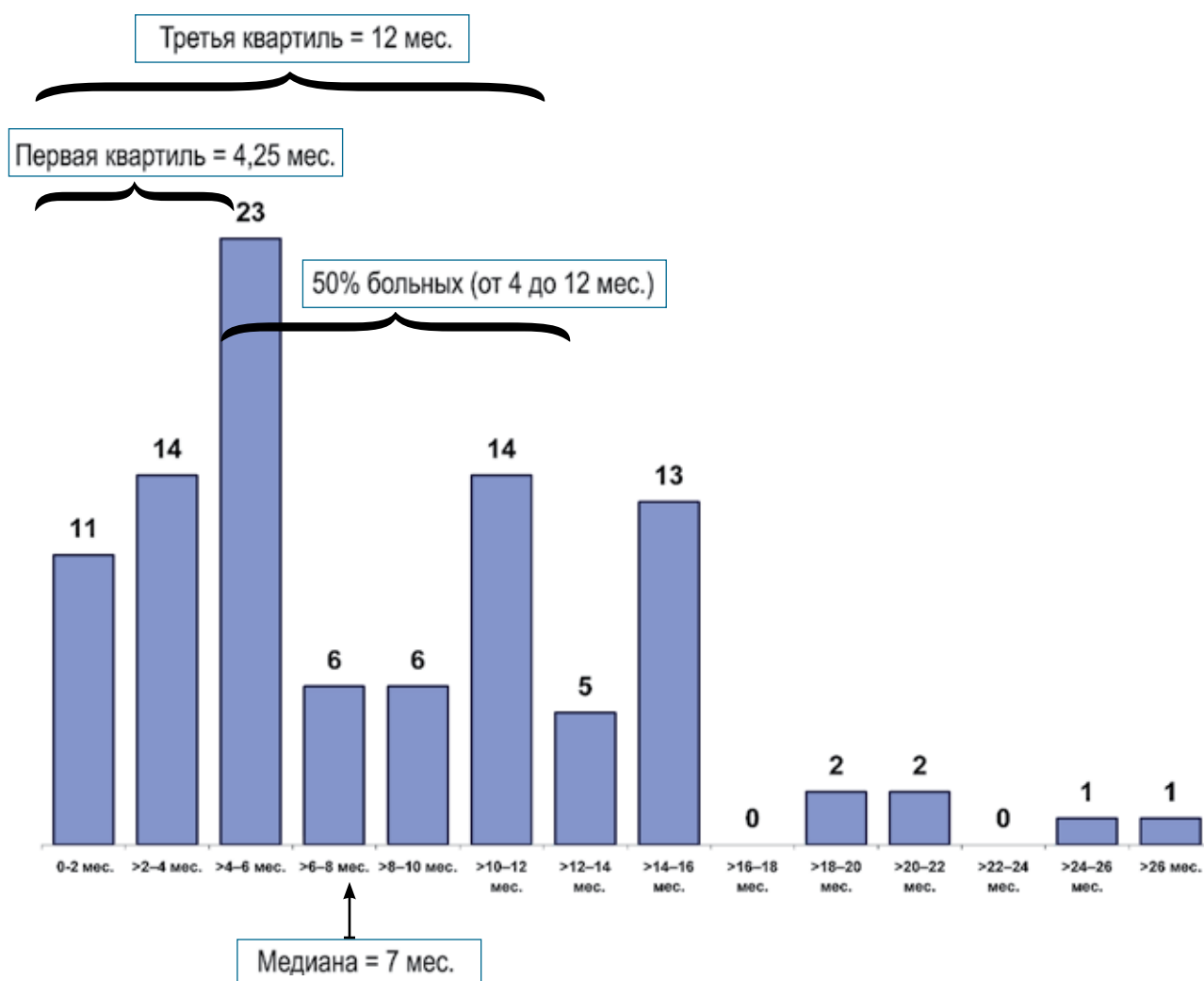


Рис. 2. Продолжительность противотуберкулезной химиотерапии (в месяцах) до планового оперативного вмешательства на органах брюшной полости (число пациентов, n = 98)

Таблица 3. Хирургическая патология органов брюшной полости у больных туберкулезом

Диагноз	Количество больных		95% доверительный интервал
	абс.	%	
Грыжи передней брюшной стенки в том числе:	43	43,9	34,0, 53,7
паховые	28	28,6	19,5, 37,6
послеоперационные вентральные	10	10,2	4,1, 16,3
пупочные	5	5,1	0,7, 9,5
Туберкулез органов брюшной полости (предположительно)	15	15,3	8,1, 22,5
Хронический калькулезный холецистит	12	12,2	5,7, 18,8
Асцит неясной этиологии	4	4,1	0,1, 8,1
Злокачественные новообразования в том числе:	16	16,3	9,0, 23,7
желудка	8	8,2	2,7, 13,6
пищевода	4	4,1	0,1, 8,1
толстой кишки	3	3,1	0,0, 6,5
поджелудочной железы	1	1,0	0,0, 3,0
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	4	4,1	0,1, 8,1
Наружный толстокишечный кишечный свищ (сигмостома)	2	2,0	0,0, 4,9
Наружный тонкокишечный кишечный свищ	2	2,0	0,0, 4,9
Всего	98	100,0	

но у пациентов еще не было констатировано клиническое излечение, и они не были переведены в III группу диспансерного наблюдения.

Продолжительность противотуберкулезной химиотерапии до момента оперативного вмешательства на органах брюшной полости составила от двух до 28 месяцев, у половины больных она длилась от 4,25 до 12 месяцев, медиана составила семь месяцев (рис. 2). Только у 11,2% больных оперативное вмешательство проведено в срок до двух месяцев от начала химиотерапии: у четырех пациентов со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта (двум произведена резекция желудка, одному – гастрэктомия, одному – гастростомия), у пяти пациентов выполнено грыжесечение по поводу грыж передней брюшной стенки, а у двух – лапароскопическая холецистэктомия. У всех этих больных отмечено гладкое течение послеоперационного периода.

Всем больным выполнено рентгенологическое обследование. Стабильная рентгенологическая картина туберкулеза легких за время нахождения в стационаре отмечена у 80 (81,6%) больных, положительная динамика – у 16 (16,3%), отрицательная – у двух (2,0%). Отрицательная динамика была обусловлена наличием туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и связанной с ней сложностью формирования эффективного режима химиотерапии.

Данные о структуре абдоминальной патологии, послужившей причиной предпринятых оперативных вмешательств у больных туберкулезом, представлены в таблице 3.

Наиболее частой причиной плановых оперативных вмешательств на органах брюшной полости у больных туберкулезом были грыжи передней брюшной стенки, составившие 43,9%

случаев. Существенная часть представлена хирургическим лечением злокачественных образований абдоминальных органов – 16,3%. По поводу предполагаемого туберкулезного поражения органов брюшной полости операции осуществлены в 15,3% случаев. По поводу хронического калькулезного холецистита оперировано 12,2%. Прочие заболевания, представленные в таблице, имели место в 12 случаях (12,2%). Четверо больных были прооперированы по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (4,1% случаев) и четверо – по поводу наружных кишечных свищей (4,1%): двум выполнено закрытие сигмостомы на втором этапе лечения после перенесенной ранее операции по поводу перфорации дивертикулов толстой кишки, а двум больным с наружными тонкокишечными свищами выполнена: в одном случае – правосторонняя гемиколэктомия, а в другом – резекция тонкой кишки. Диагностическая лапароскопия по поводу асцитов неясной этиологии выполнена 4,1% больных – на операции был выявлен цирроз печени.

Виды оперативных вмешательств на органах брюшной полости у больных туберкулезом отражены в таблице 4.

Самыми многочисленными операциями оказались грыжесечения с использованием сетчатых трансплантатов и без них – 43,9% случаев. Реже выполняли лапароскопические диагностические и лечебные пособия – 41,8%. Операциям на желудке и пищеводе подвергнуто 12 (12,2%) пациентов, на кишечнике – семь (7,1%), на поджелудочной железе – один (1,0%).

Ранние осложнения плановых оперативных вмешательств имели место у шести (6,1%) больных и у трех (3,1%) закончились летально. Обострений, прогрессирования туберкулеза в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

Таблица 4. Виды выполненных оперативных вмешательств

Название операции	Количество больных		95% доверительный интервал
	абс.	%	
Грыжесечение в том числе:	43	43,9	34,0, 53,7
по Лихтенштейну	28	28,6	19,5, 37,6
с аллопластикой передней брюшной стенки	15	15,3	8,1, 22,5
Лапароскопия в том числе:	31	31,6	22,4, 40,9
диагностическая с биопсией брюшины, внутрибрюшных лимфоузлов	15	15,3	8,1, 22,5
холецистэктомия	12	12,2	5,7, 18,8
диагностическая с биопсией печени	4	4,1	0,1, 8,1
Операции на желудке и пищеводе в том числе:	16	16,3	9,0, 23,7
гастрэктомия	6	6,1	1,3, 10,9
субтотальная резекция желудка	2	2,0	0,0, 4,9
гастростомия	2	2,0	0,0, 4,9
проксимальная резекция желудка с нижней третью пищевода	2	2,0	0,0, 4,9
резекция желудка	4	4,1	0,1, 8,1
Операции на кишечнике в том числе:	7	7,1	2,0, 12,3
левосторонняя гемиколэктомия	2	2,0	0,0, 4,9
правосторонняя гемиколэктомия	2	2,0	0,0, 4,9
закрытие сигмостомы	2	2,0	0,0, 4,9
передняя резекция прямой кишки	1	1,0	0,0, 3,0
Наложение обходного анастомоза при раке головки поджелудочной железы	1	1,0	0,0, 3,0
Всего	98	100,0	

У одного больного инфильтративным туберкулезом верхней доли правого легкого, МБТ+, после выполнения лапароскопической холецистэктомии развилась **перфоративная язва 12-перстной кишки** (возможно, связанная с ее термическим ожогом), что потребовало хирургической коррекции: лапаротомии и ушивания язвы (исход – выздоровление). Таким образом, у больных активным туберкулезом лапароскопические вмешательства привели к осложнениям в 2,4% случаев, что укладывается в 0,3–3,0% осложнений, описанных в литературных источниках другими авторами [9, 13, 20].

У одного пациента, страдавшего диссеминированным туберкулезом легких, МБТ-, и туберкулезом почек, МБТ-, после грыжесечения с аллопластикой передней брюшной стенки по поводу большой послеоперационной вентральной грыжи возникло **нагноение послеоперационной раны**. Выполнено оперативное лечение в объеме вскрытия гнояника, отмечено длительное заживление послеоперационной раны вторичным натяжением. В целом частота осложнений грыжесечения при активном туберкулезе легких составила 2,3% (один пациент из 43). Этот показатель в популяции, по данным литературы, превышает 12%, что существенно выше [5, 11, 17, 18, 21].

У одного больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в фазе инфильтрации, МБТ+, которому предпринято наложение обходного анастомоза по поводу рака головки поджелудочной железы, в раннем послеоперационном периоде возникло **внутрибрюшное кровотечение**. Для его остановки потребовалась релапаротомия (исход – выздоровление). Из литературы известно, что после выполнения холецистоэнтероанастомоза остаются высокими уровни ранних осложнений (20–48%) и летальности (2,5–20%) [1, 6, 19].

Послеоперационная летальность также не превышала данных общемировой и российской статистики. Ниже представлены клинические наблюдения летальных исходов в раннем послеоперационном периоде.

Больной М., 53 лет, переведен в Туберкулезную клиническую больницу № 7 Департамента здравоохранения города Москвы (ТКБ № 7) 6 сентября 2010 г. из Туберкулезной клинической больницы № 3 им. профессора Г.А. Захарьина Департамента здравоохранения города Москвы, где находился с марта 2010 г. по поводу правостороннего плеврита туберкулезной этиологии и получал лечение, включая химиотерапию по режиму I. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена опухоль размером 2,5 см на 40 см от резцов, при гистологическом

исследовании обнаружен плоскоклеточный умеренно дифференцированный рак. При фибробронхоскопии патологии не выявлено, при компьютерной томографии обнаружено объемное образование нижней трети пищевода и кардиоэзофагеального перехода, правосторонний осумкованный плеврит. Осмотрен онкологом, рекомендовано оперативное лечение. 17 сентября 2010 г. выполнена операция в объеме тораколапаротомии, резекции нижней трети пищевода и проксимальной резекции желудка, спленэктомии, дренирования брюшной и левой плевральной полости. Больной переведен в отделение реанимации, в раннем послеоперационном периоде отмечено поступление крови по дренажу из плевральной полости. Больной был экстренно взят на повторную операцию, произведена реторакотомия, ушивание источника кровотечения в нижнем углу раны. Во время операции развилась фибрилляция желудочков, для купирования которой выполнена комплексная сердечно-легочная реанимация: восстановлен сердечный ритм, послеоперационная рана ушита. Больной переведен в отделение реанимации на продленную искусственную вентиляцию легких. Через 20 минут повторно зафиксирована асистолия, проводимые реанимационные мероприятия в течение 30 минут эффекта не дали, была констатирована смерть больного 17 сентября 2010 г.

При *патологоанатомическом исследовании* выявлен эндифитно-экзофитный узловой (умеренно дифференцированный плоскоклеточный) рак нижней трети пищевода. Туберкулезная тотальная эмпиема правой плевральной полости. Послеоперационное внутриплевральное кровотечение, гиповолемический шок.

Больной Д., 63 лет, госпитализирован в хирургическое отделение ТКБ № 7 9 ноября 2010 г. с жалобами на слабость, недомогание, периодические боли и вздутие живота, запоры, выделение слизи из прямой кишки, потерю 26 кг массы тела за год. Инфильтративный туберкулез С₆ левого легкого выявлен в августе 2009 года, лечение, включая химиотерапию по режиму I, проведено в противотуберкулезном диспансере по месту жительства. Так как в основе патогенеза туберкулезного процесса у данного пациента лежала продуктивная тканевая реакция, то на фоне частичного рассасывания инфильтрата в легких сформировалась туберкулема. Пациент был оперирован в МНПЦ борьбы с туберкулезом в апреле 2010 г., где выполнена резекция С₆ левого легкого. В дальнейшем продолжил лечение под наблюдением фтизиатра по месту жительства. 17 ноября 2010 г. произведена фиброколоноскопия: на расстоянии 15 см от ануса выявлена циркулярная опухоль, суживающая просвет кишки на две трети; опухоль с наложениями фибрина, участками некрозов, бугристая. При гистологическом исследовании выявлена высокодифференцированная аденокарцинома. При компьютерной томографии обнаружены образования печени с четкими контурами размером до

8 мм, вероятно, кисты. При эзофагогастродуоденоскопии – поверхностный гастрит. В предоперационном периоде получал инфузионную терапию, энтеральное питание. 29 ноября 2010 г. выполнена операция – лапаротомия с передней резекцией прямой кишки. Гистологическое исследование удаленной прямой кишки обнаружило диффузно-инфильтративный рак прямой кишки с инвазией всех слоев стенки кишки и прорастанием в брыжейку. В раннем послеоперационном периоде в отделении реанимации зафиксировано падение артериального давления, в последующем остановка сердечной деятельности – реанимационные мероприятия с эффектом. Через 30 минут – повторная остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия без эффекта, и 29 ноября 2010 г. констатирована смерть больного.

При *патологоанатомическом исследовании* подтверждена высокодифференцированная муцинозная аденокарцинома прямой кишки; диффузный атеросклеротический кардиосклероз; атеросклероз аорты с поражением более 75% площади; атеросклероз коронарных артерий с сужением просвета более чем на одну треть; отек легких; очаги ишемии задней стенки левого желудочка. Смерть больного последовала в раннем послеоперационном периоде от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Больной К., 60 лет, переведен в ТКБ № 7 22 июля 2011 г. в связи с выявленными изменениями в легких из Городской клинической больницы № 36 Департамента здравоохранения города Москвы, куда был доставлен по неотложным показаниям с жалобами на боли в животе, слабость, отрыжку, рвоту после приема пищи. В 1993 г. перенес ушивание перфоративной язвы 12-перстной кишки. Из анамнеза известно, что регулярного лечения не получал ввиду злоупотребления алкоголем. Отмечал ухудшение состояния в течение последних двух месяцев перед поступлением. После обследования установлен диагноз: Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ-. ИБС: постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз. Начата противотуберкулезная терапия по режиму IIб с применением инъекционных препаратов. При эзофагогастродуоденоскопии по малой кривизне желудка в нижней трети выявлена язва до 6 см в диаметре, дно которой покрыто фибрином; антральный отдел деформирован, выявлен стеноз привратника. Выполнена установка назогастрального зонда с проведением его ниже 12-перстной кишки. Пациенту была назначена инфузионная терапия, витаминотерапия. Для восполнения дефицита белка была назначена нутритивная терапия. 1 августа 2011 г. выполнены резекция желудка по Ру, резекция конгломерата петель тонкой кишки. На операции выявлены декомпенсированный стеноз привратника, пенетрация язвы в головку поджелудочной железы, выраженный спаечный процесс, больше в терминальных отделах тонкой кишки в виде плотного конгломерата.

Послеоперационный период в отделении реанимации осложнился несостоятельностью анастомозов, развитием перитонита, что потребовало релапаротомии с резекцией анастомозов, дуоденостомии, повторных санаций брюшной полости. Состояние больного оставалось крайне тяжелым, на фоне нарастания полиорганной недостаточности, перитонита и абдоминального сепсиса 25 августа 2011 г. наступила смерть.

При **патологоанатомическом исследовании** подтвержден диссеминированный туберкулез легких в фазе прогрессирования, постинфарктный кардиосклероз задне-боковой перегородочной области левого желудочка с хронической аневризмой задней стенки и склерозом эндокарда, атеросклероз коронарных артерий с поражением более 50% и стенозированием просвета на 75%. Хроническая гигантская язва 12-перстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы и декомпенсированным стенозом привратника. Хронический алкоголизм с полиорганными поражениями. Серозно-фибринозный и желчный перитонит.

Таким образом, из трех умерших двое оперированы по поводу угрожающих жизни онкологических заболеваний после проведения интенсивной фазы или полного курса противотуберкулезной терапии. Третий пациент подвергнут радикальной операции необоснованно рано, без достаточного по продолжительности противотуберкулезного лечения.

Выводы

1. Структура заболеваний органов брюшной полости, служащих причиной планового хирургического лечения, у больных активным туберкулезом легких представлена главным образом грыжами передней брюшной стенки (43 чел. – 43,9%), злокачественными заболеваниями абдоминальных органов (16 чел. – 16,3%), подозрением на их туберкулезное поражение (15 чел. – 15,3%) и хроническим калькулезным холециститом (12 чел. – 12,2%).

2. При активном туберкулезном процессе легких в плановой хирургии сопутствующих заболеваний органов брюш-

ной полости доминировали грыжесечения с использованием сетчатых трансплантатов и без них (43 чел. – 43,9%) и лапароскопические диагностические и лечебные пособия (41 чел. – 41,8%). Существенно реже применяли более инвазивные вмешательства: на желудке и пищеводе – у 12 чел. (12,2%), на кишечнике – у семи (7,1%), на поджелудочной железе – у одного (1,0%).

3. Анализ результатов плановых оперативных пособий по поводу абдоминальной патологии, сопутствующей туберкулезу, показал, что частота осложнений и послеоперационная летальность не превышают таковых в популяции в целом. Проведение комбинированной противотуберкулезной терапии четырьмя-пятью препаратами в течение двух и более месяцев до стабилизации туберкулезного процесса позволяет избежать его обострения в раннем послеоперационном периоде.

4. Показания к хирургическому лечению изучаемого контингента пациентов не отличаются от таковых при отсутствии туберкулеза. Абсолютным противопоказанием со стороны специфического процесса служит отсутствие или недостаточная продолжительность противотуберкулезной химиотерапии. У пациентов с сочетанием злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и туберкулеза целесообразно выполнение оперативного вмешательства в кратчайшие сроки, после двух-трех недель интенсивного курса противотуберкулезной терапии.

5. Хирургическую коррекцию грыж передней брюшной стенки у больных туберкулезом необходимо выполнять при стихании активности туберкулезного процесса на этапе продолжения курса химиотерапии или после его завершения.

6. Декомпенсация стенозирующих заболеваний желудочно-кишечного тракта при активном туберкулезе требует выполнения двухэтапных вмешательств: первый – дренирующий (гастростомия, колостомия, энтеростомия) – проводится в неотложном (отсроченном) порядке, второй – радикальный (резекционный) – после проведения интенсивной фазы специфического лечения.

Литература

1. Александров Н.Р. Лапароскопические операции при билиодигестивных свищах // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 12. – С. 7-10.
2. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / Под ред. акад. РАМН В.В. Покровского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.
3. Грудн В.Д. Туберкулез почек. – М.: Медицина, 1969. – 208 с.
4. Елькин А.В., Репин Ю.М., Левашев Ю.Н. Факторы риска возникновения послеоперационных рецидивов туберкулеза легких // Туберкулез: пробл. диагностики, лечения и профилактики.: Материалы Всерос. научно-практ. конф. / Под ред. Ю.Н. Левашева. – СПб., 2003. – С. 192-196.
5. Жебровский В.В., Эльбашир М.Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. – Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. – 440 с.
6. Зубань О.Н., Ягафарова Р.К., Левашев Ю.Н., Яшкин Д.В. Хирургическое лечение заболеваний предстательной железы у больных туберкулезом легких // Материалы 12-й научно-практ. конф. урологов и сексопатологов с междунар. участием «Здоровье мужчины». – Харьков, 2004. – С. 149-158.
7. Иванова Д.А., Борисов С.Е., Рыжов А.М., Иванушкина Т.Н. Частота и риск развития тяжелых нежелательных реакций при лечении впервые выявленных больных туберкулезом // Туберкулез и болезни легких. – 2012. – № 12. – С. 15-22.
8. Левашев Ю.Н., Гарбуз А.Е. Внелегочный туберкулез // Пробл. туберкулеза. – 2001. – № 4. – С. 4-6.
9. Седов В.М., Стрижелевский В.В. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика. – СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002. – 180 с.

10. Скопин М.С. Осложнения туберкулеза органов брюшной полости и их хирургическое лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 22 с.
11. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. – М.: «Триада-Х», 2003. – 114 с.
12. Фтизиатрия: национальное руководство / Под ред. М.И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с.
13. Чемодуров Н.Т., Белоконов А.Ю., Летюк В.И. и др. Кровотечение из ложа желчного пузыря как осложнение лапароскопической холецистэктомии // Клін. хірургія. – 2004. – № 11–12. – С. 104.
14. Шаббад А.Л. Туберкулез почки. – Ташкент: Медицина, 1978. – 205 с.
15. Яшкин Д.В. Хирургическое лечение обструктивных заболеваний мочевыводящих путей у больных туберкулезом легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006. – 22 с.
16. Edye M. Current laparoscopic approaches to pancreatico-biliary disease // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1997. – Vol. 9. – N. 8. – P. 744-749.
17. Fenoglio M.E., Bermas H.R., Haun W.E. et al. Inguinal hernia repair: results using an open preperitoneal approach // Hernia. – 2005. – Vol. 9. – N. 2. – P. 160-161.
18. Nyhus L. M. Evolution of hernia repair, a salute to Professor Piero Pietri // Hernia. – 2001. – Vol. 5. – N. 4. – P. 196-199.
19. Rosenfeld L., Abergel A., Bonny C. et al. Complicated polycystic liver disease with intracystic hemorrhage and obstructive jaundice // Gastroenterol. Clin. Biol. – 2001. – Vol. 25. – N. 8-9. – P. 818-822.
20. Sheth K.R., Pappas T.N. Operative management of cholecystitis and cholelithiasis / Ed. by C.J. Yeo // Shackelford's surgery of the alimentary tract. – 6th ed. – Philadelphia: WB Saunders, 2007. – P. 1471-1481.
21. Tseretelli Z., Ramshaw B., Ramaswam A. Chronic posterior seroma with neoperitoneum following laparoscopic ventral hernia repair: treatment algorithm // Hernia. – 2008. Vol. 12. – N. 4. – P. 363-366.

Сведения об авторах

Хрипун Алексей Иванович – заведующий кафедрой хирургии и эндоскопии факультета усовершенствования врачей ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук, профессор

Адрес: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43

Тел. + 7 (499) 251-00-64

Зубань Олег Николаевич – заместитель главного врача по медицинской части ГКУЗ города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», доктор медицинских наук, профессор

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Стромывка, д. 10

Тел. + 7 (499) 268-25-45

e-mail: pan_zuban@msn.com

Решетников Михаил Николаевич – врач-хирург внегочного хирургического отделения клиники № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Барболина, д. 3

Тел. + 7 (499) 268-28-10

e-mail: neipogen@list.ru

Мальцев Роман Владимирович – заведующий внегочным хирургическим отделением клиники № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Барболина, д. 3

Тел. + 7 (499) 268-28-10

e-mail: 4992686600@bk.ru

Богородская Елена Михайловна – директор ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Стромывка, д. 10

Тел. + 7 (499) 268-00-05

e-mail: el_bogorodskaya@mail.ru