

© Б.О. Матвійчук, В.Т. Бочар, Я.З. Патер, В.М. Данилко, В.В. Жінко, М.І. Ковалишин, О.Ю. Кушта, М.Б. Шимків, В.Ю. Ломака, 2014

УДК 617.55-002.5-06-089

Б.О. МАТВІЙЧУК, В.Т. БОЧАР, Я.З. ПАТЕР, В.М. ДАНИЛКО, В.В. ЖІНКО, М.І. КОВАЛИШИН, О.Ю. КУШТА, М.Б. ШИМКІВ, В.Ю. ЛОМАКА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО, Львів

УСКЛАДНЕННЯ РІЗНИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Проведено ретроспективний аналіз архівного матеріалу пролікованих пацієнтів із різними формами туберкульозу у Комунальній міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги міста Львова за останні 15 років. Із 227 пацієнтів у хірургічних відділеннях оперовано 31 (13,6 %). У 34 (14,9 %) констатовано ВІЛ-СНІД, 8 (9,8 %) з них було оперовано. Туберкульоз легенів із ураженням органів черевної порожнини знайдено у 18 (58,0 %) хворих. Ізолзовані позалегеневі форми ТБ були тільки у 2 (6,4 %) оперованих. Післяопераційна летальність у пацієнтів із різними формами туберкульозу – 67,7 %. Летальність у хворих із ВІЛ-СНІД із туберкульозом – 88,9 %. В умовах загальнохірургічного стаціонару за останні три роки відзначено зростання кількості ургентних операційних втручань у пацієнтів із різними формами туберкульозу. Основною причиною цього є збільшення кількості пацієнтів із СНІДом. Наявність у хворого впродовж тривалого часу таких скарг, як нездужання, гарячки незрозумілого генезу, диспепсичних проявів, порушень випорожнень у поєднанні із різкою втратою ваги та больовим синдромом у животі повинно спонукати лікаря до більш приціпного обстеження пацієнта на виявлення у нього ВІЛ-СНІДу та туберкульозу.

Ключові слова: туберкульоз, абдомінальна форма туберкульозу, СНІД, ургентна хірургія

Вступ. На сьогодні туберкульоз (ТБ) є глобальною і серйозною світовою проблемою охорони здоров'я. Майже третина населення Земної кулі інфікована ТБ, а щорічно від цього захворювання помирає близько трьох мільйонів людей [11, 14]. Незважаючи на покращення стандартів охорони здоров'я, захворюваність на туберкульоз продовжує постійно зростати навіть у розвинених країнах. Значну роль у цьому відіграють збільшення кількості хворих на ВІЛ-СНІД, міграційні процеси, старіння населення, алкоголізм, більш широке використання імунодепресантів, а також поява стійких штамів мікобактерій туберкульозу [7, 8, 11, 13, 14]. Згідно з даними останнього щорічного вісника ВООЗ Global tuberculosis report 2013, найбільше зростання захворюваності на ТБ з 2011 по 2012 рік констатовано у трьох країнах, а саме – в Індії, Південній Африці та, на жаль, Україні [14].

У структурі захворюваності позалегеневий ТБ складає 28,2 % із всіх зареєстрованих випадків [10]. Друге місце серед таких форм цього захворювання займає ТБ із ураженням шлунково-кишкового тракту. Більшість пацієнтів із абдомінальною формою захворювання найчастіше первинно госпіталізують у загальнохірургічні стаціонари [6]. За останнє десятиліття відзначено значне зростання захворюваності на СНІД [4, 7]. ВІЛ-інфекція у поєднанні з туберкульозом залишається актуальною медичною проблемою, яка призводить до високої летальності [8]. Згідно з даними ВООЗ за 2011 р., четверта частина всіх інфікованих ВІЛ пацієнтів є зараженими *Mycobacterium tuberculosis* [7]. Традиційно, ТБ і СНІДом займаються інфекціоністи, фтизіатри, тому настороженість хірургів щодо цих захворювань на сьогодні залишається

доволі низькою [3, 12]. Разом з тим, постійно зростає ризик професійної захворюваності на ВІЛ-СНІД і гепатити В та С, особливо серед лікарів хірургічних спеціальностей [3, 9].

Мета дослідження. Вивчити частоту і клінічні прояви ускладнених форм туберкульозу в оперованих хворих в умовах загальнохірургічного стаціонару.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз архівного матеріалу пролікованих пацієнтів із різними формами туберкульозу у Комунальній міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги міста Львова з 2000 року по 2014 рік. За це час у відділеннях лікарні було проліковано 227 пацієнтів із різними формами ТБ. Більша частина із них (86,7 %), після надання невідкладної допомоги та верифікації діагнозу ТБ була переведена у Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр. Оперовано 31 (13,6 %) пацієнта, всі – за ургентними показаннями. Розподіл хворих із ТБ за роками представлено на рисунку 1.

Вік хворих – від 25 до 71 року, середній вік – 44±10,4 року. Жінок було 6 (19,4 %), чоловіків – 25 (80,6 %)

Серед оперованих пацієнтів найчастіше (21 – 67,7 %) констатовано поєднання різних форм ураження легенів із позалегеневою дисемінацією процесу. Зокрема, туберкульоз легенів із ураженням органів черевної порожнини знайдено у 18 (58,0 %) хворих, а саме: тонкої кишки – 12, товстої кишки – 2, червоподібного відростка – 1, великого чепця – 4, шлунка – 2, дванадцятипалої кишки – 1. Майже у всіх цих пацієнтів знайдено множинні міліарні висипання на очеревині. Туберкульоз ле-

генів із ураженням периферійних лімфатичних вузлів та їх гнійним розплавленням констатовано у 2 (6,4 %) хворих. Ще одного пацієнта оперовано з

приводу спонтанного пневмотораксу – йому виконано дренивання плевральної порожнини за Бюлау.

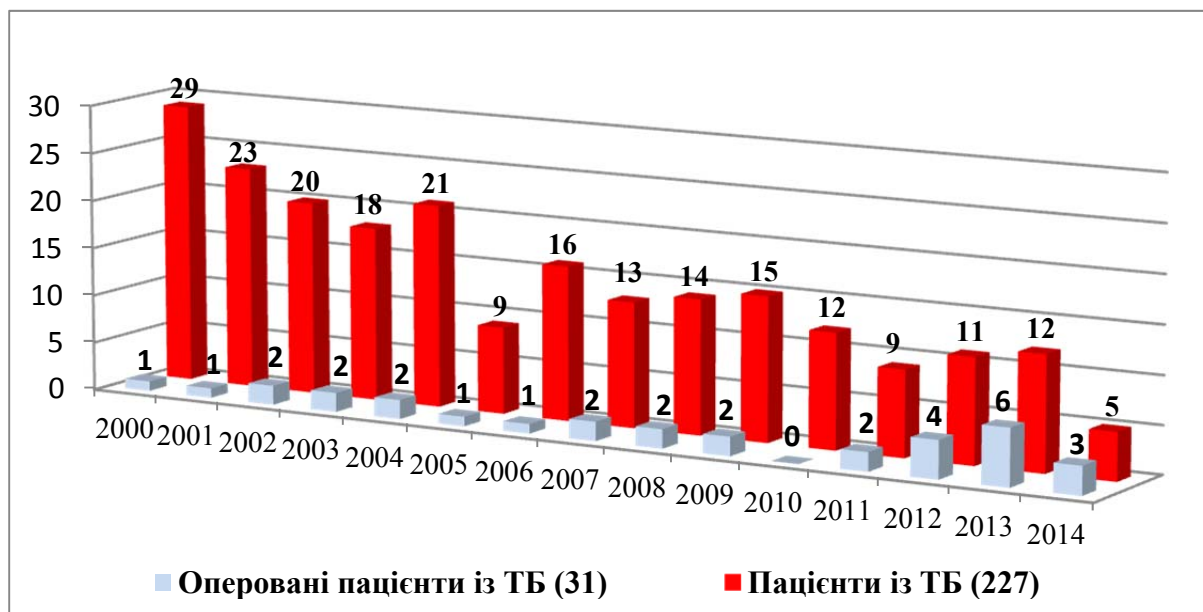


Рис. 1. Розподіл пацієнтів із різними формами туберкульозу за роками.

За цей же час у лікарні проліковано 81 ВІЛ-інфікованого хворого. З них клінічно маніфестована форма СНІДу була у 52 (64,1 %) хворих. Зокрема, у 34 (41,9 %) – як прояв опортуністичної

інфекції констатовано різні форми ТБ, 8 (9,8 %) з них було оперовано. Розподіл ВІЛ-інфікованих пацієнтів із різними формами ТБ зображено на рисунку 2.

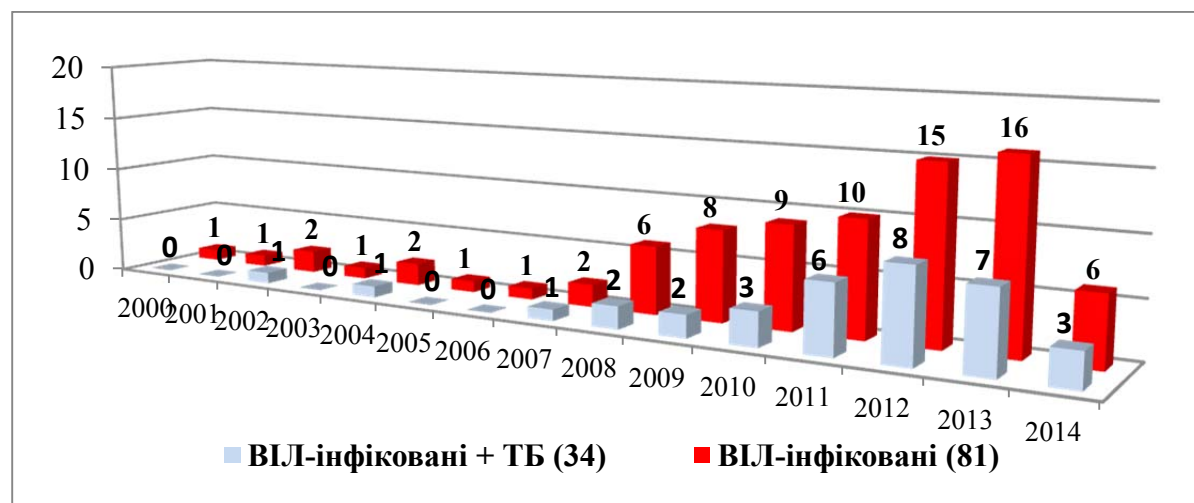


Рис. 2. Розподіл ВІЛ-інфікованих пацієнтів із різними формами туберкульозу

Ізольовані позалегенові форми ТБ були тільки у 2 (6,4 %) оперованих. З них в одного (3,2 %) констатовано абдомінальну форму ТБ із ураженням тонкої кишки і великого чепця, в іншого – туберкульоз поперекового відділу хребта із вираженим псевдоабдомінальним больовим синдромом, який для виключення гострої хірургічної патології вимагав проведення діагностичної відеолапароскопії. Окрему групу – 8 (25,8 %) – становили пацієнти із ТБ, у яких діагностовано і верифіковано ВІЛ-

СНІД. Всі вони прооперовані з приводу множинних перфорацій тонкої кишки, дифузного гнійно-фібринозного перитоніту.

Результати досліджень та їх обговорення. Абдомінальна форма туберкульозу, як поєднана із легеневою, так і ізольована найбільш часто виникала у чоловіків молодого віку (40–44 роки), що співзвучно із літературними даними [2, 6].

Важливу роль у розвитку ТБ відігравав соціальний статус пацієнтів [7, 8]. Зокрема, 14 (45,1 %)

хворих були опійними наркоманами, 4 з них – продовжували вживати наркотики на час госпіталізації, 7 (22,5 %) – у минулому перебували у в'язниці, 6 (19,3 %) – люди без визначеного місця проживання.

При аналізі скарг та анамнезу всі пацієнти впродовж довшого часу (не менше 1-3 міс.) скаржилися на нездужання, 78 % – втрату ваги, 64 % – диспепсичні прояви (нудоту, блювання, анорексію), 63 % – гарячку незрозумілого генезу, 23 % – порушення випорожнень (чергування проносів і закрепів). Безпосередньою причиною звернення у стаціонар був больовий синдром – у 96 % [12].

При аналізі скерувань на госпіталізацію тільки у 3 (9,6 %) пацієнтів був попередньо встановлений діагноз ВІЛ-СНІДу. Всіх інших скеровано із різними хірургічними та терапевтичними діагнозами. Серед хірургічних, діагноз «гострий живіт» найчастіше траплявся у 10 (32,2 %) пацієнтів. Гострий апендицит – у 4 (12,9 %), з них 2 скеровані із підозрою на периапендикулярний абсцес; гостра не-

прохідність кишок – у 3 (9,6 %), гострий панкреатит – у 2 (6,4 %), абсцеси периферійних лімфовузлів – у 2 (6,4 %), хвороба Крона – у 2 (6,4 %), гострий холецистит – в 1 (3,2 %). Із різними терапевтичними діагнозами скеровано 5 (16,1 %) хворих. Це ще раз підтверджує, що абдомінальна форма ТБ дуже часто перебігає під так званими «масками» гострих хірургічних захворювань [1, 12].

У приймальному відділенні після огляду чергового хірурга всім пацієнтам виконували рентгенологічне обстеження органів грудної клітки та живота. У 20 (64,5 %) хворих констатовано рентгенологічну картину, характерну для різних форм туберкульозу легенів. Однак у більшості випадків не було вказано первинного вогнища ТБ. За даними карт стаціонарного хворого та протоколів розтинів найбільш часто фігурував діагноз «Вторинний гематогенно-дисемінований ТБ із переважним ураженням легень і тонкої кишки».

Спектр операційних втручань, виконаних у пацієнтів із різними формами ТБ представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Спектр операційних втручань у пацієнтів із ТБ

Операція	Кількість
Діагностична лапаротомія	8 (25,8 %)
Діагностична відеолапароскопія	4 (12,9 %)
Зашивання перфораційних отворів у тонкій кишці	9 (29,0 %)
Зашивання перфорації гострої виразки шлунка	2 (6,4 %)
Зашивання перфорації гострої виразки дванадцятипалої кишки	1 (3,2 %)
Резекція ураженої частини кишки, в тому числі:	4 (12,9 %)
Резекція клубової кишки, термінальна ілеостомія	2 (6,4 %)
Резекція сліпої та клубової кишки, ілеотрансверзостомія	1 (3,2 %)
Резекція тонкої кишки. Роздільна ентєростомія	1 (3,2 %)
Апендектомія. Резекція великого чепця	1 (3,2 %)
Розкриття абсцесу периферичних лімфовузлів	2 (6,4 %)
Дренування плевральної порожнини за Бюлау	1 (3,2 %)

Висока кількість діагностичних операцій – 12 (38,7 %) – ще раз підтверджує те, що абдомінальну форму ТБ дуже важко діагностувати серед інших форм позалегенового ТБ [1, 2, 5, 10].

Враховуючи інтраопераційну картину і дані автопсії при абдомінальній формі ТБ найбільш часто відзначено ураження тонкої кишки та лімфатичних вузлів її брижі [2, 5, 6]. Після лімфогематогенної дисемінації у мезентерійні лімфатичні вузли *Mycobacterium tuberculosis* дуже швидко поширюється по лімфатичних шляхах і уражає всі стінки тонкої кишки, призводячи до виникнення множинних, часто великих за розмірами виразок [8]. Зокрема, у нашому дослідженні у 18 (58 %) пацієнтів при лапароскопії чи лапаротомії стверджено від 1 до 10 перфораційних отворів у тонкій кишці діаметром від 0,5 до 3 см, дифузний гнійно-фібринозний перитоніт (рис. 3).

Більшій частині таких пацієнтів (9) виконано паліативні операції – перфораційні отвори ушито,

проведено санацію та дренування черевної порожнини. Чотирьом хворим виконано спробу радикального видалення ураженої частини тонкої кишки із формуванням ілеостоми (3) чи первинного тонкокишкового анастомозу (1).

Серед оперованих із різними формами туберкульозу помер 21 (67,7 %) пацієнт. Хворих, в яких було поєднання легеневої форми ТБ із ураженням органів шлунково-кишкового тракту померло 13 (61,9 %). Також помер пацієнт із ізольованою абдомінальною формою туберкульозу, післяопераційна летальність складала 100 %. Доволі високою (88,9 %) і в півтора разу більшою вона була у хворих, в яких туберкульоз виник як опортуністична інфекція на фоні діагностованого ВІЛ-СНІДу, що співзвучно із даними літератури. Зокрема, відомо, що вірус імунодефіциту людини та мікобактерія туберкульозу є синергістами, а їх поєднання збільшує ризик смертності в 2 рази [4, 7, 8].



Рис. 3. Перфорація тонкої кишки при ТВ.

Висновки.

1. В умовах загальнохірургічного стаціонару за останні 3 роки відзначено зростання кількості ургентних операційних втручань у пацієнтів із різними формами туберкульозу. Основною причиною цього є збільшення у тричі кількості пацієнтів із клінічно маніфестованими формами СНІДу.

2. Виникнення ТВ як опортуністичної інфекції на фоні ВІЛ-СНІДу в півтора разу збільшує післяопераційну летальність.

3. Наявність у пацієнта впродовж тривалого часу таких скарг, як нездужання, гарячки незрозумілого генезу, диспепсичних проявів, порушень випорожнень у поєднанні із різкою втратою ваги та больовим синдром у животі повинно спонукати лікаря до більш ретельного обстеження пацієнта для виявлення у нього ВІЛ-СНІДу та туберкульозу та посилювати профілактику інтраопераційного зараження такими захворюваннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Арямкина О.Л. «Хирургические маски» абдоминального туберкулеза / О.Л. Арямкина, Л.Н. Савоненкова // *Анналы хирургии*. — 2010. — №2. — С. 42—46.
2. Арямкина О.Л. Абдоминальный туберкулез / О.Л. Арямкина, Л.Н. Савоненкова // *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. — 2008. — № 1. — С. 41—43.
3. Герич І.Д. Профілактика інфікування ВІЛ в медичній практиці / І.Д. Герич, І.В. Стояновський. — Львів.: ТОВ ДС Гердан Графіка. — 2004. — С. 56.
4. Пантелеев А.М. Туберкулез и ВИЧ-инфекция / А.М. Пантелеев // *Социально значимые инфекции*. — 2011. — Т. 2. — С. 13 — 100.
5. Савоненкова Л.Н. Осложнения и исходы абдоминального туберкулеза / Л.Н. Савоненкова, О.Л. Арямкина // *Анналы хирургии*. — 2006. — №4. — С. 52—55.
6. Савоненкова Л.Н. Абдоминальный туберкулез: клиническая структура, течение, исход / Л.Н. Савоненкова // *Российский медицинский журнал*. — 2006. — №3. — С. 8—10.
7. Характеристика летальных исходов от туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией / А.Г. Рахманова, А.А. Яковлев, Д.В. Комарова [и др.] // *ВИЧ-инфекции и иммуносупрессии*. — 2012. — Т. 4, № 2. — С. 120—123.
8. Цинзерлинг В.А. ВИЧ-инфекция и туберкулез. Проблемы клинко-морфологических сопоставлений / В.А. Цинзерлинг // *Медицинский академический журнал*. — 2013. — Т.13, № 4. — С. 87—91.
9. Aids and Surgery / G. Morino, M. Baldan, E. D'Onofrio [et al.] // *East and Central African Journal of Surgery*. — 2004. — Vol. 9, № 2. — P. 9—11.
10. Clinicopathological profile and surgical treatment of abdominal tuberculosis: a single centre experience in northwestern Tanzania / P.L. Chalya, M.D. Mchembe, S.E. Mshana [et al.] // *BMC Infectious Diseases*. — 2013. — Vol. 13. — P. 270—276.
11. Global epidemiology of tuberculosis / P. Glaziou, D. Falzon, K. Floyd [et al.] // *Semin Respir Crit Care Med*. — 2013. — Vol. 34 (1). — P. 3—16.
12. Mamo J.P. Abdominal tuberculosis: a retrospective review of cases presenting to a UK district hospital / J. P. Mamo, S.O. Brij, D.A. Enoch // *Q. J. Med.* — 2013. — Vol.106. — P. 347—354.
13. Peritonite tubercolare: esperienza di Treviso nel decennio 2000—2010 (Tuberculous peritonitis: experience in Treviso from 2000 to 2010) / A. Carniato, R. Fuser, M. Giobbia [et al.] // *Le Infezioni in Medicina*. — 2012. — № 3. — P. 195—199.
14. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2013. — Geneva: WHO. — 23 Oct — 2013. Avail. from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf.

B.O. MATVIYCHUK, V.T. BOCHAR, Y.Z. PATER, V.M. DANYLKO, V.V. ZHINKO, M.I. KOVALYSHYN,
O.Y. KUSHTA, M.B. SHYMKIV, V.Y. LOMAKA

*Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Faculty of Postgraduate Education, Department of Surgery
and Endoscopy FPGE, Lviv*

COMPLICATIONS OF DIFFERENT FORMS OF TUBERCULOSIS IN THE DEPARTMENT OF GENERAL
SURGERY

Retrospective analyses of archival material 227 patients with various forms of tuberculosis in the City Emergency Hospital of Lviv in the last 15 years were studied. Different type of operations was performed patients 31 (13.6 %). 34 (14.9 %) were HIV-AIDS, 8 (9.8 %) were operated. Postoperative mortality in patients with tuberculosis is 67.7 %. Postoperative mortality in patients with HIV-AIDS and tuberculosis is 88.9 %. In the department of general surgery for the last 3 years, marked increase in the number of urgent operations in patients with various forms of tuberculosis. The main reason of it – increase the number of patients with AIDS. The presence of the patient for a long time such complaints like malaise, fever of unknown origin, dyspeptic symptoms, disorders of defecation, rapid weight loss and pain in the abdomen should prompt a doctor to enhanced definition identifying HIV-AIDS and tuberculosis in such patients.

Key words: tuberculosis, abdominal tuberculosis, AIDS, urgent surgery

Стаття надійшла до редакції: 14.05.2014 р.