

Видеолапароскопия в диагностике и оценке эффективности лечения больных туберкулезом органов брюшной полости

Зав. отд. Р.В. МАЛЬЦЕВ, д.м.н., проф., гл. врач Ф.А. БАТЫРОВ, к.м.н., врач М.Н. РЕШЕТНИКОВ,
зав. отд. М.В. МАТРОСОВ

Videolaparoscopy in diagnosis and efficacy analysis of the treatment of abdominal tuberculosis

R.V. MALTSEV, F.A. BATYROV, M.N. RESHETNIKOV, M.V. MATROSOV

Туберкулезная клиническая больница №7, Москва

Статья посвящена оценке возможностей улучшения диагностики туберкулеза органов брюшной полости. На основании опыта выполнения диагностических видеолaparоскопий приводятся достоверные признаки туберкулеза органов брюшной полости — брюшины, кишечника, лимфатических узлов, печени и селезенки. Описаны признаки специфического поражения органов при туберкулезе органов брюшной полости, показана эффективность видеолaparоскопии в ранней диагностике и оценке эффективности лечения данной категории больных.

Ключевые слова: видеолaparоскопия, туберкулез органов брюшной полости.

The article is dedicated to the evaluation of opportunities of the improvement of abdominal tuberculosis diagnosis. On the ground of diagnostic videolaparoscopies, the significant signs of abdominal (peritoneum, intestine, lymphatic glands, liver and spleen) tuberculosis are mentioned. Features of specific abdominal tuberculosis lesions are described, the efficacy of videolaparoscopy in early diagnosis and treatment of such category of patients is shown.

Key words: videolaparoscopy, abdominal cavity tuberculosis.

В последние годы отмечается увеличение числа больных с внелегочными и генерализованными формами туберкулеза, включая туберкулез органов брюшной полости, особенно у больных ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний. За последнее время увеличилось число случаев осложненного туберкулеза органов брюшной полости (ТОБП), наиболее частым осложнением которого, обуславливающего необходимость в неотложном хирургическом вмешательстве, является перфорация туберкулезных язв кишечника [1–3].

Под ТОБП понимают специфическое поражение органов брюшной полости, забрюшинных и мезентериальных лимфатических узлов (ЛУ), брюшины. Туберкулезный процесс в брюшной полости наиболее часто локализуется в кишечнике, брюшине, ЛУ.

Клиническая картина заболевания не имеет патогномоничных симптомов, зачастую больные данной категории проходят разнообразные обследования в лечебных учреждениях общего профиля из-за отсутствия специфических симптомов и полиморфизма клинических проявлений [4, 5]. После установления диагноза ТОБП больным проводится специфическая противотуберкулезная терапия. Од-

нако в отличие от туберкулеза легких, при котором имеется возможность неинвазивными методами (рентгенография легких, компьютерная томография) оценить динамику процесса, при ТОБП такая возможность отсутствует.

Малотравматичным методом диагностики и оценки динамики лечения ТОБП является видеолaparоскопия [6, 7].

Цель исследования — оценить возможности видеолaparоскопии в диагностике и эффективности лечения больных ТОБП.

Материал и методы

В хирургическом отделении ТКБ №7 в период с 2006 по 2008 г. выполнены 122 видеолaparоскопии у больных в возрасте от 18 до 75 лет с подозрением на ТОБП. Следует отметить, что большинство госпитализированных больных были направлены из противотуберкулезных лечебных учреждений и отделений ВИЧ-инфекции инфекционных больниц.

Всем больным в рамках диагностики ТОБП выполняли стандартные клинические исследования и инструментальную диагностику — УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию, ирригоскопию, колоноскопию с обязательным за-

© Коллектив авторов, 2009

Endosk Hir 2009; 3: 27

Тел.: +7 (499) 268 26 61

бором материала для гистологического, иммуногистохимического исследования, полимеразной цепной реакции и люминесцентной микроскопии, компьютерной томографии органов брюшной полости.

При видеолaparоскопии использовали введение 3 троакаров 2×10 и 1×5 мм при внутрибрюшном давлении 10—12 мм рт.ст.

Методика операции заключалась в видеолaparоскопической ревизии органов брюшной полости — брюшины, кишечника, печени, брыжейки, сальника, органов малого таза с забором материала для гистологического, цитологического, иммуногистохимического исследования, полимеразной цепной реакции и люминесцентной микроскопии, оценки распространенности туберкулезного поражения органов брюшной полости.

Результаты и обсуждение

Клиническая картина ТОБП разнообразна и обусловлена многообразием локализаций и распространенностью патологического процесса, трудность диагностики связана с отсутствием специфических симптомов. Наличие у больного легочного туберкулеза или туберкулеза периферических ЛУ облегчает диагностику.

При выполнении видеолaparоскопии оценивали наличие выпота в брюшной полости и его количество. Признаками ТОБП являются характерные просовидные высыпания на брюшине, язвы в тонкой кишке, участки сужения кишки, увеличение мезентериальных ЛУ. Обязательно проводился забор участков измененной брюшины, сальника, ЛУ брыжейки кишки для исследований.

Из 122 выполненных видеолaparоскопий ТОБП выявлен в 83 (68%) случаях.

Туберкулез кишечника выявлен у 35 (42,2%) больных. Он характеризуется наиболее частым поражением терминального отдела подвздошной кишки, илеоцекального угла ободочной кишки, слепой кишки, правой половины ободочной кишки и поражением стенки кишки с умеренно выраженной гиперемией, инфильтрацией под серозной оболочкой. Часто участки поражения выглядят втянутыми, содержат единичные туберкулезные бугорки по краям инфильтрата, редко сливающиеся либо туберкулезные язвы округлой формы, расположенные по противобрыжеечному краю кишки, с истончением серозной оболочки, нерезко выраженным инфильтративным валом и наличием туберкулезных бугорков, часто язвы тонкой кишки выглядят циркулярными (рис. 1).

Туберкулезные язвы тонкой кишки проявляются в двух вариантах: в одном характерно наличие истонченного участка стенки кишки с просвечивающимся содержимым, небольшим инфильтративным



Рис. 1. Циркулярная туберкулезная язва тонкой кишки.



Рис. 2. Туберкулез тонкой кишки.

валом, единичными туберкулезными бугорками, в другом наблюдается циркулярный участок инфильтрации, втянутый ниже общего уровня серозной оболочки, с инфильтрацией по краям, нерезкой гиперемией. Практически всегда наблюдается лимфаденит в заинтересованной части брыжейки (рис. 2).

Туберкулез толстой кишки характеризуется инфильтрацией стенки с нерезкой гиперемией, частым подпаиванием сальника, туберкулезными бугорками по серозе, отеком и инфильтрацией тканей правой подвздошной ямки и латерального канала. Со стороны слизистой оболочки язвы толстой кишки практически во всех случаях распространяются на баугиниеву заслонку и купол слепой кишки.

У 24 (27,7%) больных был выявлен неосложненный туберкулез кишечника, у 11 (13,2%) — осложненный туберкулез, который проявлялся компенсированной непроходимостью кишечника, обусловленной стенозирующим характером туберкулезной язвы. Она наблюдалась у 4 (4,8%) больных и в 7 (8,4%) случаях имела прикрытую перфорацию туберкулезной язвы подвздошной кишки с формиро-

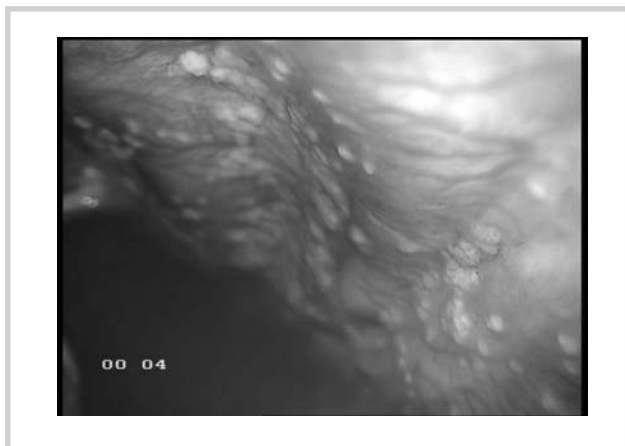


Рис. 3. Туберкулез брюшины.

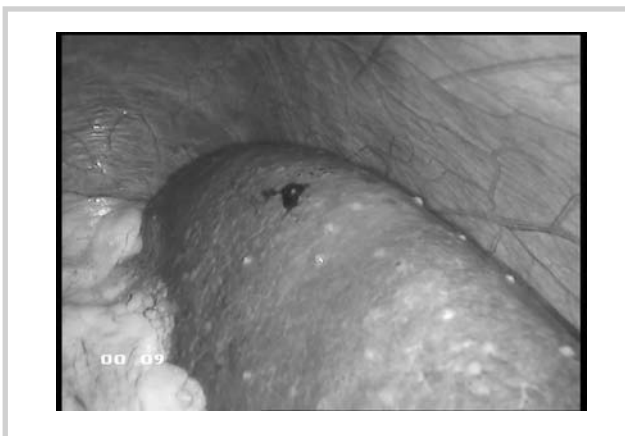


Рис. 4. Туберкулез селезенки.

ванием местного отграниченного перитонита, что обусловило необходимость в переходе на лапаротомию и выполнение резекции заинтересованного участка кишки.

Туберкулез брюшины обнаружен в 28 (33,7%) случаях. При видеолапароскопии отмечены умеренная гиперемия и невыраженная отечность брюшины, туберкулезные бугорки серо-белого цвета, возвышающиеся над брюшиной, редко сливающиеся.

Характерно наличие множественных бугорковых высыпаний, больше в верхних отделах брюшной полости, часто с достаточно характерными спайками. Выявлен характерный спаечный процесс между правой долей печени и правой реберной дугой. Спайки нежные, множественные плоскостные, относительно легко делимые, в месте прикрепления спаек обнаружены туберкулезные бугорки, брюшина выглядела инфильтрированной.

Во всех случаях определялся выпот в брюшной полости, чаще зеленоватого цвета, который по мере интенсивности прогрессирования процесса принимал геморрагический характер (рис. 3).

После лечения спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости всегда оставался достаточно плотным, межпетлевые спайки регрессировали. Часто после лечения выявлялись единичные казеозные очаги по брюшине — казеомы, диаметром 0,6—0,8 см без воспалительного инфильтрата вокруг.

Туберкулез ЛУ выявлен у 15 (18,1%) больных. Он характеризовался отеком брыжейки кишки с наличием ЛУ различного диаметра, часто сливающихся в конгломераты, в 50% случаев отмечалось казеозное расплавление. Лимфаденит не имел визуальных отличительных признаков, но при биопсии ЛУ в 50% случаев выявлялось их гнойное расплавление, определялись казеозные массы. Характерным было наличие лимфаденита в заинтересованной части брыжейки при туберкулезе кишечника.

Туберкулез селезенки и печени выявлен у 5 (6%) больных. Данная локализация туберкулеза характеризуется наличием туберкулезных бугорков серо-белого цвета, возвышающихся над брюшиной и расположенных под капсулой селезенки и печени, редко сливающихся между собой (рис. 4).

У 29 (34,9%) больных туберкулезом органов брюшной полости была установлена проточно-промывная система для введения противотуберкулезных препаратов непосредственно в брюшную полость, что позволило получить высокую концентрацию противотуберкулезных препаратов в брюшной полости.

В наших наблюдениях туберкулез множественных локализаций — генерализованный туберкулез либо туберкулез легких, туберкулез внутригрудных или периферических ЛУ — наблюдался у 76 (91,6%) больных. Следует отметить, что по нашим наблюдениям, изолированный ТОБП без туберкулезного поражения легких или внутригрудных ЛУ был выявлен у 7 (7,4%) больных.

Диагноз распространенного ТОБП был установлен у 19 (22,9%) больных. Им проводилась специфическая противотуберкулезная терапия по интенсивному курсу в течение 90 дней, затем через 3 мес после начала проведения интенсивного курса противотуберкулезной терапии повторно выполнялась видеолапароскопия для оценки эффективности специфического лечения. У 16 (19,3%) больных отмечена положительная динамика в виде уменьшения количества туберкулезных бугорков, регрессирования спаечного процесса, уменьшения количества и размеров ЛУ; у 2 (2,4%) пациентов явно выраженной динамики не отмечено, но наблюдалась стабилизация процесса, у одного (1,2%) больного отмечено прогрессирование процесса. Этим 3 больным произведена смена режима противотуберкулезной химиотерапии, которая проводилась еще 60 дней. После противотуберкулезной химиотерапии им повторно выполнили видеолапароскопию, при

которой у всех больных отмечена положительная динамика.

Выводы

Видеолапароскопия является быстрым, недорогим и достоверным методом диагностики ТОБП, позволяющим выполнить адекватную ревизию ор-

ганов брюшной полости, произвести обязательный забор материала для лабораторной диагностики и верификации диагноза.

Выполнение динамической лапароскопии после стандартного курса специфической противотуберкулезной терапии позволяет оценить динамику лечения и при необходимости произвести смену режима противотуберкулезной химиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Poyrazoglu O.K., Timurkaan M., Yalniz M. et al.* Clinical review of 23 patients with tuberculous peritonitis: presenting features and diagnosis. *J Digest Dis* 2008; 9: 3: 170—174.
2. *Скопин М.С., Корнилова З.Х., Батыров Ф.А. и др.* Особенности клинической картины и диагностики осложненных форм туберкулеза органов брюшной полости. *Пробл туберкулеза* 2008; 9: 33—38.
3. *Wang W.N., Wallack M.K., Barnhart S. et al.* Tuberculous peritonitis: definitive diagnosis by laparoscopic peritoneal biopsy. *Am Surg* 2008; 74: 12: 1223—1224.
4. *Батыров Ф.А., Хоменко В.А., Шмакова Л.Н.* Эпидемиология внелегочного туберкулеза. *Пробл туб* 2003; 8: 49—50.
5. *Левашов Ю.Н., Ренин Ю.М.* Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. Ст-Петербург: ЭЛБИ-СПб 2006; 302—304.
6. *Меджитов Р.Т., Кутиев М.И.* Видеолапароскопическая диагностика и лечение абдоминального туберкулеза. *Эндоскоп хир* 2007; 6: 22—22.
7. *Krishnan P., Vayoth S.O., Dhar P. et al.* Laparoscopy in suspected abdominal tuberculosis is useful as an early diagnostic method. *ANZ J Surg* 2008; 78: 11: 987—989.

Поступила 12.01.09