

УДК 616.36—002.54

Д.М. Красильников, М.И. Маврин, К.М. Зягидинов (Казань). Кавернозный туберкулез печени

Кавернозный туберкулез печени встречается очень редко и устанавливается лишь на аутопсии или при гистологическом исследовании биопсийного материала, полученного во время операции или лапароскопии. Поражение печени возникает вследствие заноса инфекции из первичного туберкулезного комплекса легких и при прогрессирующем течении может осложниться механической желтухой, субдиафрагмальным абсцессом. При длительном течении, запоздалой диагностике и лечении кавернозный туберкулез печени может вызвать аррозивное кровотечение и образование желудочно-кишечных свищей.

Приводим наше наблюдение.

А., 54 лет, поступил в хирургическое отделение 06.11.1992 г. с жалобами на сильные боли в правом подреберье, повышение температуры до 38°C, ознобы, потливость в ночное время, общую слабость. Болен 2 недели. В течение 2 лет отмечал недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, потливость, субфебрильную температуру. При неоднократных лабораторных, рентгенологических и ультразвуковых исследованиях в поликлиниках и противотуберкулезном диспансере не выявлено патологии в легких и гепатопанкреатодуоденальной зоне. Контакт с больным туберкулезом отрицает.

При поступлении состояние средней тяжести. В легких везикулярное дыхание, перкуторно ясный легочной звук. Пульс — 72 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения. АД — 120/80 мм Hg. Температура тела — 38,5°C. Живот при пальпации болезненный и напряженный в правом подреберье. Симптом Ортнера, Керра положительные, Щеткина—Блюмберга отрицательный.

Анализ крови: Нв — 135 г/л, эр. — $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, п. — 20%, с. — 66%, лимф. — 9%, эоз. — 0%, СОЭ — 15 мм/ч. Содержание общего билирубина — 14,1 мкмоль/л, амилазы — 2,6 мг/(сл), мочевины — 7,3 ммоль/л, глюкозы — 4,0 ммоль/л, протромбина — 89%, фибриногена — 5,5 г/л.

Анализ мочи: отн. пл. — 1,015, л. — 3—4% поле зрения.

При рентгеноскопии в легких изменений не выявлено.

Ультразвуковое исследование: в V сегменте печени рядом с желчным пузырем определяется гипоэхогенное образование (46 x 46 мм) с нечеткими контурами и неоднородной плотностью, а между париетальной брюшиной и печенью в этой же зоне — эхонегативное образование (46 x 21 мм) с ровными контурами и гомогенным содержанием. Желчный пузырь содержит небольшое количество осадка (рис. 1).

Диагноз: абсцесс V сегмента печени.

07.11.1992 г. была произведена верхнесрединная лапаротомия.

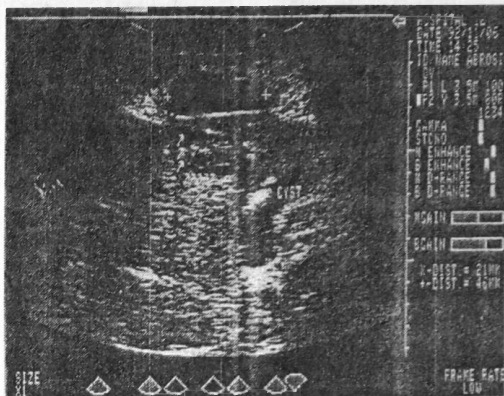


Рис. 1. Эхограмма печени больного А. Видна полость каверны, окруженная плотной тканью.

Визуально: к печени припаян большой сальник, при отделении которого выделились гной и некротизированная ткань печени. В правой доле печени обнаружено плотное опухолевидное образование серовато-белого цвета, занимавшее IV—V сегменты, в V сегменте которой располагалась полость абсцесса (4 x 4 см) глубиной 3 см. Из стенки полости взята ткань для гистологического исследования. В полость абсцесса введены тампон и трубка, выведенные через контрапертуру в правом подреберье.

Диагноз: вскрывшийся абсцесс правой доли печени. Злокачественное поражение печени с распадом опухоли (?).

Гистологическое исследование от 16.11.1992 г.: очаги казеозного некроза окружены эпителиоидными, лимфоидными и гигантскими многоядерными клетками Пирогова—Ланганса.

Заключение: туберкулез печени.

Начато специфическое лечение по назначению фтизиатра. 17.11.1992 г. состояние больного ухудшилось. Жалуется на общую слабость и головокружение. Кожные покровы бледные. Пульс — 90 уд. в 1 мин, слабого наполнения. АД — 100/70 мм Hg. По дренажной трубке в рану поступает кровь. В связи с внутрибрюшным кровотечением произведена экстренная операция.

17.11.1992 г. при релапаротомии в брюшной полости обнаружено около 1 л крови со сгустками, поступающей из кавернозной полости правой доли печени. Кровотечение остановлено с помощью П-образных узловых кетгутовых швов и оментогепатопексии. Произведена повторная биопсия измененного участка печени. После удаления крови и санации брюшной полости раствором фурацилина срединная рана послойно ушита. Через контрапертуру введен трубчатый дренаж.

Диагноз: аррозивное кровотечение из туберкулезной каверны правой доли печени.

Повторное гистологическое исследование подтвердило диагноз туберкулеза печени. Послеоперационный период осложнился образовани-

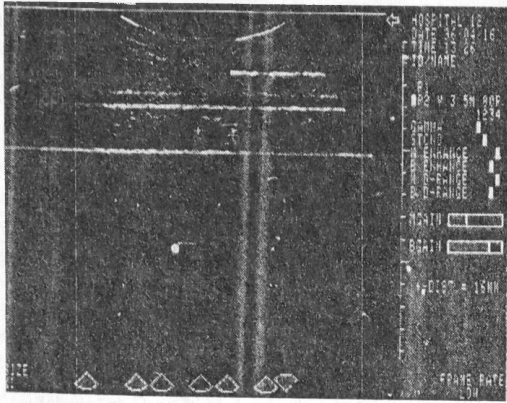


Рис. 2. Эхограмма печени больного А. Визуализируется полость каверны с ободком обызвествления через 4 года после лечения.

ем поддиафрагмального абсцесса справа, который был вскрыт и дренирован 25.11.1992 г.

29.11.1992 г. вновь произведена релапаротомия с целью остановки повторного аррозивного кровотечения из туберкулезной каверны. Проводилась комплексная инфузионная терапия, включавшая переливание крови, белковых компонентов, плазмы, растворов глюкозы и Рингера, витаминов, антибиотиков и противотуберкулезных препаратов.

06.01.1993 г. больного перевели в туберкулезную больницу для продолжения специфического (стрептомицин, изониазид, рифампицин) и общеукрепляющего лечения. Поскольку рана в правом подреберье не закрывалась из-за серозно-гнойного отделяемого, то было произведено дополнительное эндоскопическое и рентгенологическое исследования.

22.09.1993 г. при фиброгастроуденоскопии в антральном отделе желудка было обнаружено свищевое отверстие (2 x 3 мм), через которое поступал синий раствор индигокармина, введенного с помощью катетера в рану. На фистулографии контрастное вещество заполнило желчные протоки, желчный пузырь и поступило в двенадцатиперстную кишку и желудок. При компьютерной томографии установлено, что рядом с очагом поражения печени расположены желудок и двенадцатиперстная кишка. Проведенные исследования свидетельствуют о сообщении туберкулезной каверны с желчными протоками и желудком. Желудочный свищ образовался, видимо, вследствие некроза стенки желудка, припаивно-го к очагу поражения в печени.

Через 1,5 года от начала специфической терапии состояние больного улучшилось, рана в правом подреберье и желудочный свищ закрылись. Еще через год наблюдения и профилактического противотуберкулезного лечения состояние больного стало вполне удовлетворительным и он приступил к прежней работе.

Контрольное ультразвуковое исследование от 16.04.1996 г. выявило в V сегменте полость (16 x 12 мм) с ободком обызвествления (рис. 2), в связи с этим больному периодически прово-

дится специфическая противотуберкулезная терапия.

Приведенное наблюдение свидетельствует о трудности диагностики кавернозного туберкулезного процесса печени, запоздалое лечение которого привело к субдиафрагмальному абсцессу, аррозивному кровотечению и желудочному свищу. Своевременная диагностика и ранняя специфическая терапия очагового туберкулезного поражения печени позволяют улучшить прогноз и предупредить развитие ряда осложнений.

УДК 616.33/34—002.44—07—089.8

Э.В. Луцевич, В.Г. Сахаутдинов, О.В. Галимов (Москва—Уфа). Диагностика и хирургическое лечение гастродуоденальных язв, сочетанных с другими заболеваниями органов брюшной полости

В клинике факультетской хирургии Башкирского медицинского университета выполнены сочетанные операции у 158 больных с гастродуоденальными язвами, осложненными сопутствующей патологией органов брюшной полости. Среди больных было 110 мужчин и 48 женщин. Возраст пациентов составлял в среднем 52,5 года. У 108 больных язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 46 — в желудке, у 4 — в желудке и двенадцатиперстной кишке. Течение заболевания было осложнено у 107 (67,7%) больных: у 40 — пенетрацией язвы, у 34 — гастродуоденальным кровотечением, у 27 — стенозом и у 6 — перфорацией. По нашим наблюдениям, при гастродуоденальных язвах встречается более 20 вариантов сочетаний с другой абдоминальной патологией, наиболее частыми из которых являются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — 98 (62%), спаечная болезнь брюшины (СББ) — 28 (17,7%), хронический холецистит — 28 (17,7%), грыжи брюшной стенки — 26 (16,5%). У 31 (19,6%) пациента было по 3, а у 6 (3,8%) — и более заболеваний, включая язвенную болезнь.

Всем больным проводились фиброэндоскопия, рентгеноскопия, ацидометрия, эндоманометрия, ультразвуковое сканирование. Современные инструментальные методы обследования имеют высокую диагностическую эффективность в распознавании гастродуоденальных язв и сочетанных заболеваний органов брюшной полости, позволяют получить важную и различную по характеру информацию. Отдельное применение каждого из этих методов не дает возможности в полном объеме установить топичку и тяжесть патологического процесса. Наилучший диагностический эффект достигается лишь при сочетании способов обследования.

Гастродуоденальные язвы с сопутствующей патологией пищеварительного тракта характеризуются взаимоотношением, быстрым развитием осложнений и труднее поддаются консерватив-