

Гостра виразка після оперативних втручань з приводу туберкульозу легень

І.Д. Дужий, О.В. Кравець, Ю.М. Валецький, В.П. Шевченко, С.В. Харченко
Сумський державний університет, медичний інститут, Суми

Вступ. Останніми роками захворюваність на туберкульоз стала однією з найважливіших проблем у світі. У жодній країні цю хворобу не ліквідовано [2, 16, 21]. З 1995 р. в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу, яка не має тенденції до призупинення та набуває загрозливих масштабів. Характерним є зростання кількості хворих зі стійкістю мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів. Хіміотерапія цієї категорії пацієнтів малоефективна і часто безперспективна. Імунний стан таких хворих у більшості випадків загальмований [5, 6, 11, 16, 19, 20]. Зважаючи на перелічене, у таких умовах зростає роль оперативного лікування туберкульозу легень. Зміни, що сталися у клінічному перебігу туберкульозу легень вимагають корекції хірургічної тактики і розробки нових хірургічних методів лікування та створення безпечних умов, як для самого втручання, так і у близький післяопераційний період [3, 14, 18, 22, 23, 24], оскільки операція нерідко виконується на тлі нестабільного процесу, інтоксикації та компенсованої гіпоксії за рахунок напруженої роботи серцево-судинної системи, яка й сама нерідко буває зкомпроментована зазначеними вище змінами. Отже, до існуючого хронічного стресу оперативне втручання додає гострі зміни, які можуть вести до різноманітних ускладнень.

З огляду на епідеміологічний (епідемічний) стан у нашій державі у останні роки проявляється тенденція до збільшення кількості оперативних втручань при туберкульозі легень [3, 10, 14, 17, 18]. Зростання кількості та обсягу оперативних втручань призводить до зростання ускладнень, що й робить дану проблему актуальною. Відомо, що гострі виразки і ерозії розвиваються у 18-27% хворих, оперованих на легенях. Найбільш часто (67,7%) їх розвиток відбувається протягом перших п'яти діб після операції. Пік ускладнень припадає на 2-3 добу [1].

У більшості хворих зміни у слизовій шлунка і дванадцятипалої кишки перебігають безсимптомно. У 1-5% випадків гострі виразки ускладнюються перфорацією стінки шлунка та дванадцятипалої кишки, у 2-25% хворих – кровотечами. Подальший перебіг цих ускладнень значно обтяжує післяопераційний період і нерідко може стати причиною смерті. Летальність за таких ускладнень досягає 35-80% [4, 8, 12, 13].

Особливості патогенезу стресових виразок після операцій на легенях детально не вивчені [1]. Існує багато гіпотез, які по-різному пояснюють механізм виникнення цих уражень, але жодна із запропонованих теорій не може повною мірою пояснити походження даних ускладнень. Дослідження показали, що в механізмі розвитку виразки приймають участь різні чинники, проте на даний час загальновизнано, що схема патогенезу у своїх кінцевих ланках зводиться до порушення існуючого у нормі балансу між факторами агресії та захисними властивостями слизової оболонки [15].

За результатами ендоскопічних досліджень найбільш часто (72%) виразкова ніша локалізується у шлунку, дещо рідше (54%) – у дванадцятипалій кишці та стравоході (20%). У 38% хворих виразки виявляються одночасно у різних органах. Характерною морфологічною особливістю гострих виразок є повна відсутність запальної реакції у прилеглих до виразки тканинах. Відсутні ознаки запалення у стінці виразки. Нерідко в одного і того ж хворого спостерігають виразки на різних стадіях заживлення [8].

Хворі з гострими неускладненими ерозивно-виразковими ураженнями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту лікуються консервативно. Існує багато схем лікування в основі яких лежить застосування препаратів, які знижують вплив кислотно-пептичного фактора (блокатори H₂-рецепторів, інгібітори протонної помпи), гастропротекторів, інгібіторів протеолітичних ферментів [1, 8].

При розвитку кровотеч провідним методом лікування на сьогодні є різні методи ендоскопічного гемостазу: ендоскопічна діатермокоагуляція, лазерна коагуляція, нанесення плівкоутворюючих засобів, ін'єкції у ділянку виразки

судинозвужуючих препаратів. Від успішності цього етапу залежить результат лікування таких хворих [1, 8].

Оперативне лікування проводиться лише за профузної або рецидивуючої кровотечі, при неефективності методів ендоскопічного гемостазу та перфорації виразки. У лікуванні кровоточивих гострих гастродуоденальних виразок віддають перевагу органозберігаючим операціям. Серед багатьох методик найкращі результати отримані при висіченні гострих виразок з ваготомією та пілоропластикою. Однак вибір тієї або іншої методики оперативного втручання здійснюється індивідуально. Летальність після застосування різних способів оперативного втручання при кровоточивій виразці досягає 26-80% [7, 8, 9].

На думку більшості хірургів, при розвитку перфорації обсяг операції повинен обмежуватися зашиванням перфоративного отвору без висічення країв виразки, лаважем черевної порожнини розчинами антисептиків та її широким дрениванням. У зв'язку з високою післяопераційною летальністю (12-24%) розширення обсягу оперативного втручання у цих хворих недоцільне [17].

Проведені рядом авторів дослідження показали, що профілактика гострих гастродуоденальних виразок у післяопераційний період повинна стати обов'язковою [3, 7, 12]. Без цілеспрямованої профілактики у 19,8% оперованих на легенях хворих у післяопераційний період виникають гострі гастродуоденальні ерозії і виразки [1]. Профілактика повинна носити комплексний характер, спрямований на підтримку та оптимізацію роботи структур, що забезпечують морфологічну і функціональну цілісність ШКТ. Абсолютними показами для профілактики є: штучна вентиляція легень, гостра дихальна недостатність, гіпотензія, зумовлена септичним шоком та коагулопатія, як прояв ДВЗ-синдрому [13].

Таким чином, актуальність проблеми гострих ерозивно-виразкових уражень шлунково-кишкового тракту визначається відсутністю надійних методів ранньої діагностики, недостатньою ефективністю їх консервативного лікування, відсутністю чітких критеріїв вибору методу лікування (хірургічного

або консервативного) та високим ризиком оперативного втручання. Крім того, немає доступних для практичних лікарів критеріїв прогнозування розвитку гострих виразок і, відповідно, немає ефективної програми профілактики їх виникнення [9, 13, 15].

У 2012 році в умовах легенево-хірургічного відділення Сумського обласного протитуберкульозного диспансеру ми спостерігали двох хворих, у яких виникли гострі виразки шлунку та дванадцятипалої кишки після оперативного втручання з приводу деструктивного туберкульозу легень.

Клінічний приклад №1.

Хворий Є., 35 років, мешканець села, госпіталізований до легенево-хірургічного відділення Сумського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру 21.08.2012 року з діагнозом фіброзно-кавернозний туберкульоз правої легені з виділенням мікобактерій туберкульозу (мікроскопічно та культурально). Скаржився на кашель з виділенням жовто-зеленого харкотиння до 100 мл на добу, задишку при фізичному навантаженні, підвищення температури тіла до 37,5°C. Хворіє на туберкульоз легень протягом 12 років, лікувався у місцях позбавлення волі 9 років. Після звільнення неодноразово лікувався стаціонарно та амбулаторно у різних стаціонарах протитуберкульозних диспансерів. Визнаний інвалідом III групи. Уже на волі у хворого виявлено розширену стійкість МБТ до протитуберкульозних препаратів (Н, R, S, E, Z, Km, OfI, PAS, Pt, Cap). У зв'язку із запланованим оперативним втручанням розпочато стандартизоване лікування за 4 категорією з використанням канаміцину, протіонаміду, авелоксу, піразинаміду, терізу, клофазиміну, лізоліду. Одночасно проводилася передопераційна підготовка із застосуванням препаратів реологічної дії, анаболітів, вітамінів. Застосовувалися десенсибілізуючі засоби, відхаркуючі. Застосовувався постійно постуральний дренаж. Через місяць накладено пневмоперитонеум, який продовжували до операції протягом 2-х місяців.

Протипоказів до операції не встановлено. Виразкової хвороби у анамнезі не було. Клінічний аналіз крові (18.11.2012): Нб – 141 г/л, еритроцити –

$4,18 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити – $3,7 \times 10^9/\text{л}$ (п-5%, с-63%, е-1%, л-24%, м-7%), тромбоцити – $247 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 5 мм/год, Ht – 0,42.

21.11.2012 року проведено оперативне втручання – верхня білобектомія справа, доповнена інтраплевральною торакопластиком.

У ранній післяопераційний період (на 4-ту добу) з'явилися скарги на задишку, слабкість, нудоту, запаморочення, тупий біль в епігастральній ділянці. При об'єктивному обстеженні – блідість, пульс – 110 уд. за 1 хв., АТ – 90/60 мм. рт. ст., частота дихань – 22-24 за 1 хв. Живіт приймає участь в акті дихання, помірно болісний в епігастрії з іррадіацією болю у ліве підребер'я. При ректальному обстеженні – кал чорного кольору. Клінічний аналіз крові: Hb – 74 г/л, еритроцити – $2,57 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити – $5,2 \times 10^9/\text{л}$ (п-6%, с-54%, е-2%, л-30%, м-8%), тромбоцити – $207 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 3 мм/год. Хворому виконана ФЕГДС. Виявлена гостра виразка дванадцятипалої кишки з нашаруванням фібрину і тромбованою судиною, еритематозна гастропатія. На момент обстеження кровотеча зупинилася (Forrest ІІВ). Консультований абдомінальним хірургом. Призначено противиразкову (блокатори H₂-рецепторів, інгібітори протонної помпи), гемостатичну (етамзилат натрію, тугіна, кальцію хлорид, вікасол, розчин амінокапронової кислоти), інфузійну терапію, гемотрансфузії. Загальний стан покращився. На 14-ту добу виразка загоїлася (ендоскопічно). Виписаний у задовільному стані. Рекомендовано спостереження у гастроентеролога за місцем проживання, профілактичне проти рецидивне лікування.

Клінічний приклад №2.

Хворий М., 55 років, мешканець села, госпіталізований до легенево-хірургічного відділення Сумського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру 24.09.2012 року з діагнозом фіброзно-кавернозний туберкульоз правої легені без бактеріовиділення. За останнім дослідженням чутливість МБТ до антибактеріальних препаратів збережена. Скаржився на загальну слабкість, малопродуктивний кашель, задишку при фізичному навантаженні. Хворіє на туберкульоз легень з липня 2011 року, лікувався у туб.відділенні ЦРЛ.

Бактеріовиділення припинилося, але зберігалися деструктивні зміни в легеневій тканині, у зв'язку з чим направлений на оперативне втручання.

Проведено повне передопераційне обстеження. Консультований терапевтом, невропатологом, стоматологом, ЛОР-лікарем. Протипоказів до операції не виявлено. Виразковий анамнез відсутній. Клінічний аналіз крові: Нб – 150 г/л, еритроцити – $4,42 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $3,1 \times 10^9$ /л (п-7%, с-68%, е-1%, л-18%, м-6%), тромбоцити – 250×10^9 /л, ШЗЕ – 13 мм/год, Нt – 0,45.

Перед операцією проводилося лікування протитуберкульозними препаратами I ряду, симптоматична та дезінтоксикаційна терапія, накладено штучний пневмоперитонеум.

18.10.2012 року проведено оперативне втручання – 7-ми реброва задньо-верхня екстраплевральна торакопластика справа, кавернотомія по закритому типу.

У ранній післяопераційний період (на 3 добу) у хворого з'явилися скарги на слабкість і запаморочення, задишку навіть без значного фізичного навантаження. Болю в животі не було. Наступного дня скарги посилювалися. З'явилися нудота, блювання «кавовою гущею», мелена. При об'єктивному обстеженні – артеріальний тиск 70/40 мм рт.ст., ЧСС – 120 уд. за 1 хв., ЧД – 26 за 1 хв. Хворий різко блідий, шкіра вкрита холодним липким потом. Язик підсушений, чистий. Живіт приймає участь у акті дихання, помірно чутливий у епігастрії. Симптоми подразнення очеревини відсутні. При ректальному обстеженні – кал чорного кольору. Клінічний аналіз крові: Нб – 69 г/л, еритроцити – $2,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $7,4 \times 10^9$ /л (п-7%, с-50%, е-2%, л-32%, м-9%), тромбоцити – 260×10^9 /л, ШЗЕ – 10 мм/год. Ендоскопічно: гостра виразка середньої третини тіла шлунка, езофагіт, шлунково-кишкова кровотеча, що зупинилася (Forrest ІА). Консультований абдомінальним хірургом. Призначено адекватне поповнення ОЦК, гемотрансфузії, гемостатичну терапію, противиразкову терапію (інгібітори протонної помпи, H₂-блокатори, обволікаючі засоби). Тимчасово загальний стан покращився, але через 2 дні знову з'явилися ознаки шлунково-кишкової кровотечі. У зв'язку з вкрай

важким станом від оперативного втручання було вирішено утриматися до стабілізації хворого. Проведена корекція лікування. Незважаючи на достатньо адекватну трансфузійну та інфузійну терапію (реологічних та дезінтоксикаційних препаратів, на тлі антибактеріальної, імунозамісної та противиразкової терапії) стан хворого швидко погіршувався. На наступну добу настала смерть.

Таким чином, гострі виразкові ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є досить частим ускладненням у хворих на туберкульоз легень у післяопераційний період. Розвиток кровотечі супроводжується суттєвим погіршенням загального стану хворого, проте розібратися з причиною останнього у ранній післяопераційний період після травматичних втручань з приводу поширених форм туберкульозу легень, які тривають 3 і більше годин, супроводжуючись крововтратою, яка виходить за межі „умовно фізіологічної” (понад 600-700 мл крові) важко з огляду на таке: ранній післяопераційний період, знаходження хворого на знеболюючих і наркотичних препаратах, операційна і післяопераційна крововтрата, яка компенсується з огляду на об’єм оперативного втручання, наявність післяопераційної гіпоксії і синдрому загального обтяження.

І.Д. Дужий, О.В. Кравець, Ю.М. Валецький, В.П. Шевченко, С.В. Харченко

Гостра виразка після оперативних втручань з приводу туберкульозу легень

У останні роки проявляється тенденція до збільшення кількості оперативних втручань при туберкульозі легень. Зростання кількості та обсягу оперативних втручань призводить до зростання ускладнень, одним із яких є розвиток гострих виразок шлунку та дванадцятипалої кишки. У статті описано два випадки лікування гострих гастродуоденальних виразок, які розвинулись після оперативних втручань з приводу деструктивного туберкульозу легень у хворих. Показані результати лікування. Зроблені висновки про необхідність проведення профілактики розвитку ерозивно-виразкових ускладнень верхніх

відділів шлунково-кишкового тракту після оперативних втручань при туберкульозі легень.

И.Д. Дужий, А.В. Кравец, Ю.Н. Валецкий, В.П. Шевченко С.В. Харченко

Острая язва после оперативных вмешательств по поводу туберкулеза легких

В последние годы проявляется тенденция к увеличению количества оперативных вмешательств при туберкулезе легких. Рост количества и объема оперативных вмешательств приводит к росту осложнений, одним из которых является развитие острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки. В статье описаны два случая лечения острых гастродуоденальных язв, которые развились после оперативных вмешательств по поводу деструктивного туберкулеза легких у больных. Показаны результаты лечения. Сделаны выводы о необходимости проведения профилактики развития эрозивно-язвенных осложнений верхних отделов желудочно-кишечного тракта после оперативных вмешательств при туберкулезе легких.

I.D. Duzhyi, O.V. Kravets, Y. M. Valetskyi, V.P. Shevchenko, S.V. Kharchenko

Acute ulcer after surgical interventions for tuberculosis

In recent years a tendency to increase the number of surgical interventions in pulmonary tuberculosis. Growth in the number and volume of surgical intervention leads to growth of complications, one of which is the development of acute ulcers stomach and duodenal ulcers. The article describes two cases of acute gastroduodenal ulcers, which developed after surgical interventions for destructive lung tuberculosis patients. The results of treatment were analyzed.. Was made conclusion on necessity of prevention of development of erosive-ulcer complications of the upper gastrointestinal tract after surgical interventions in pulmonary tuberculosis.

Список літератури

1. Гунят Р. Я. Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы и язвы у больных с хирургическими заболеваниями легких и их профилактика : автореф. дис. на соиск. степ. канд. мед. наук : спец. 14.00.27 „Хірургія" / Р. Я. Гунят. — ВМА им. СМ. Кирова. — СПб., 2003. — 20, [1] с.
2. Дмитриев В. А. Глобальная проблема туберкулеза и современная стратегия ВОЗ борьбы с ним / В. А. Дмитриев // Антибиотики и химиотерапия. — 2008. — № 5—6. — С. 3—6.
3. Дужий І. Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври / І. Д. Дужий — К. — Здоров'я, 2003. — 358 с.
4. Евсеев М. А. Профилактика стрессового эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны у пациентов в критических состояниях / М. А. Евсеев // Российский медицинский журнал. — 2008. — Т. 16, №29. — С. 2012—2019.
5. Ефективність хірургічного лікування туберкульозу легень у сучасних умовах / М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, М. Г. Палівода [та ін.] // Журнал АМН України. — 2009. — Т. 15, № 4. — С. 726—741.
6. Комисарова О. Обширная лекарственная устойчивость микробактерий туберкулеза — глобальная угроза для человечества / О. Комисарова, Р. Абдуллаев, В. Ерохин // Врач. — 2010. — № 5. — С. 25—27.
7. Котаев А. Ю. Острые язвы и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением / А. К. Котаев // Русский медицинский журнал. — 2006. — Т. 14, № 6. — С. 501—504.
8. Кубышкин В. А. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде / В. А. Кубышкин, К. В. Шишин // Consilium medicum. — 2002. — №2. — С. 33—39.

9. Лебедев Н. В. Профилактика и лечение кровотечений из симптоматических гастродуоденальных язв / Н. В. Лебедев, А. Е. Климов, И. О. Абуладзе // Вестник хирургии. — 2009. — № 3. — С. 31— 34.
10. Особливості виконання пульмонекомії з приводу деструктивного туберкульозу легень у хворих різного віку / М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, В. І. Клименко [та ін.] // Проблемы старения и долголетия. — 2010. — № 2. — С. 180—190.
11. Петренко В. М. Туберкульоз із розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів: ситуація в Україні / В. М. Петренко, С. О. Черенько, Н. А. Литвиненко // Український пульмонологічний журнал. — 2007. — №3. — С. 55—57.
12. Применение реамберина для профилактики и лечения гастродуоденальных эрозий и язв после операций на легких / С. И. Глушков, М. Н. Замятин, Т. Н. Максимова [и др.] // Международный медицинский журнал. — 2002. — № 5. — С. 435—438.
13. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях / Б. Р. Гельфанд, А. Н. Мартынов, В. А. Гурьянов [и др.] // Consilium medicum. — 2003. — Т. 5, № 8. — С. 16—20.
14. Результати хірургічного лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз / А. Д. Стащенко, В. М. Бурятинський, Ю. І. Івон [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. — 2004. — №5. — С. 51 —55.
15. Столлман П. Патолофізіологія і профілактика стресових язв у реанімаційних больних / П. Столлман, Д. С. Метц // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т.13, № 25. — С. 1668—1674.
16. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник за 1999—2009 роки). Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально-небезпечним хворобам. Всеукраїнський центр контролю за туберкульозом. МОЗ України. Центр медичної статистики МОЗ України. — Київ, 2010. — 93 с.

17. Хоменко І. П. Сучасні підходи в хірургічному лікуванні перфорацій гострих виразок дванадцятипалої кишки / І. П. Хоменко, Д. А. Рагушин, Д. В. Ярощук // Вісник Вінницького національного медичного університету — 2010. — № 14(2). — С. 325—327.
18. Шилова М. В. Состояние хирургической помощи больным туберкулезом органов дыхания / М. В. Шилова, Т. С. Хрулева // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2005. — №5. — С. 31—36.
19. Caminero J.A. Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk factors and case finding / J.A. Caminero // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2010. — Vol. 14(4). — P. 382—390.
20. Chiang C.Y. Drug-resistant tuberculosis: past, present, future / C.Y. Chiang, R. Centis, G.B. Migliori [at all.] // Respiriology. — 2010. — Vol. 15(3). G.B. P. 413—432.
21. Dye C. Did We Reach the 2005 Targets for Tuberculosis Control? / C Dye, M. Hosseim, C. Watt // WHO, 2007. — Vol. 85, № 5. — P. 364—369.
22. Sihoe A.D. The current role of thoracic surgery in tuberculosis management / A. D. Sihoe, Y. Shiraishi, W.W. Yew // Respiriology. — 2009. — Vol. 14. — P. 954—968.
23. Surgical treatment of drug-resistant tuberculosis / R. R. Kempker, S.Vashakidze, N. Solomonia [at all.] // Lancet Infect. Dis. — 2012. — Vol. 12. — P. 157—166.
24. Surgical treatment for multidrug-resistant and extensive drug-resistant tuberculosis / M.W. Kang, H.K. Kim, Y.S. Choi [at all.] // Ann. Thorac. Surg. — 2010. — Vol. 89. — P. 1597—1602.

Гостра виразка після оперативних втручань з приводу туберкульозу легень [Текст] / І.Д. Дужий, О.В. Кравець, Ю.М. Валецький, В.П. Шевченко, С.В. Харченко // Туберкульоз в сучасному світі - частота, симптоми, лікування. - 2013. - №1. - С. 33-41.