

ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 617.55 – 002.5 – 039.1:618.7

© А. В. БОЙЧУК, В. В. БЕНЕДИКТ, Л. В. ЗАЄЦЬ, Н. В. ДЕРЕШ

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

Абдомінальний туберкульоз у жінки після пологів

A. V. BOICHUK, V. V. BENEDYKT, L. V. ZAYETS, N. V. DERESH

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

ABDOMINAL TUBERCULOSIS IN WOMAN AFTER CHILDBIRTH

У статті викладено коротку літературну довідку про розповсюдженість абдомінального туберкульозу і локалізацію уражень внутрішніх органів черевної порожнини. Наводиться випадок даної патології у породіллі. Звертається увага на складність діагностики позалегенового туберкульозу і необхідність конструктивної взаємодії лікарів різних спеціальностей.

There was expounded a short literary information about the extension of abdominal tuberculosis and localization of affections of inner organs of abdomen. A case of such pathology in woman at childbirth was given. The attention is paid on the complexity of diagnosis extrapulmonary tuberculosis and necessity of constructional cooperation of the doctors of different specializations.

Абдомінальний туберкульоз (АТ) – специфічне ураження органів черевної порожнини, очеревини, лімфатичних вузлів брижі тонкої кишки, заочеревинного простору. Сьогодні АТ зустрічається все частіше в практичній роботі не тільки фтизіатрів, але й лікарів інших спеціальностей.

Питома вага АТ, за літературними даними, складає 8–15 % всіх випадків позалегенового туберкульозу [1].

Клінічна картина АТ є поліморфною, патогномічні симптоми і діагностичні критерії, як правило, відсутні. Туберкульоз органів черевної порожнини в більшості випадків маскується під клінічною симптоматикою інших захворювань і виявляється дуже часто тільки під час операції.

Виходячи з літературних джерел, АТ може зустрічатися у жінок репродуктивного віку після пологів, абортів (до 81 % всіх хворих) [2]. Спостерігається ураження мезентеріальних, заочеревинних лімфовузлів (92 %), очеревини (90 %), сальника (14 %), матки та її придатків (40 %), шлунка і кишки (33 %), печінки та селезінки (4 %) [3]. Поєднання у жінок АТ з післяпологовим періодом ставить перед лікарями різних спеціальностей цілий ряд проблем, пов'язаних з впливом інфекційного захворювання на здоров'я породіллі і дитини, а також функціональний стан жінки після пологів, лактації, на розвиток і перебіг туберкульозу. Все це зумовлює складність і актуальність даної проблеми.

На наш погляд, цікавим з наукової і практичної точки зору є наведений нижче випадок позалегенового туберкульозу в породіллі.

Хвора К. (медична карта № 8906) віком 26 років госпіталізована в гінекологічне відділення зі скаргами на біль у животі, загальну слабкість, підвищення температури тіла до 37,2 °С. Хворіє протягом 10 діб. Місяць тому проведено операцію – кесарів розтин у зв'язку із сідничним передлежанням двох плодів. Операція та післяопераційний період перебігали без ускладнень, і пацієнтку виписано на 6-ту добу. При рентгенологічному дослідженні органів грудної клітки патології не виявило. Загальний стан хворої задовільний. Пульс – 80 ударів за хвилину. АТ – 110 і 70 мм рт. ст. Язик вологий. Живіт: передня черевна стінка бере участь в акті дихання, м'який, болючий у ділянці післяопераційного шва і вище пупка справа, де визначається пухлиноподібний утвір, м'який, гладкий. При сонографічному дослідженні черевної порожнини зміни зі сторони гінекологічних органів відповідають 29-й добі післяпологового періоду; по флангах в порожнині таза і в міжпетльовому просторі близько 500 мл рідини. У ділянці післяопераційного шва на рівні апоневроза навколо лігатур зона зниженої ехогенності, набряку, оточеного інфільтратом, який поширюється на парієтальну очеревину, великий сальник; інфільтрація брижі тонкої кишки. У лівих відділах і частково в нижніх відділах петлі тонкої кишки розширені, з рідинним вмістом,

рухи якого “маятникоподібні”. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини – роздуті петлі кишки з утворенням арок в мезогастральній ділянці. Загальний аналіз крові: еритроцитів $3,24 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 97 г/л, лейкоцитів – $5,4 \times 10^9/\text{л}$, еозинofilів – 1 %, паличкоядерних – 13 %, сегментоядерних – 50 %, лімфоцитів – 36 %. Проведено пункцію заднього склепіння. Отримано 500 мл жовтого кольору, прозорої рідини. При мікроскопічному дослідженні – лімфоцити, лейкоцити, місцями їх скупчення. У хворой стверджено наявність інфільтрату післяопераційного шва, оментиту, динамічну непрохідність кишки. Призначено антибактеріальну, антибіотикотерапію, препарати для поліпшення реологічних властивостей крові, нестероїдні протизапальні препарати. Загальний стан хворой поступово покращувався: відновився пасаж по травному каналу, температура тіла – в межах норми, розміри інфільтрату в черевній порожнині значно зменшилися. Хвора годує немовлят. Разом з тим привертала увагу невідповідність сонографічної картини в динаміці і об’єктивного покращення стану пацієнтки: в наступні дні збільшується кількість рідини в черевній порожнині. Збережен-

ня інфільтрації сальника, його гідрофільність змушують припускати наявність стороннього тіла в черевній порожнині. Хворій проведено комп’ютерну томографію органів черевної порожнини, під час якої виявлено наявність вільної рідини в перигепатичному, перилієнальному просторах, в правому боковому фланзі, в малому тазу. Визначається виражене дифузне потовщення, інфільтрація великого сальника, з локальним відмежуванням на рівні пупкової ділянки $86,0 \times 31,0$ мм; поперечноободова кишка, печінковий згин фіксовані спайками, огорнуті інфільтратом; брижа тонкої кишки тяжиста, депонує контраст, жирова клітковина набрякла. Матка – $11,0 \times 4,0$ см, структура гомогенна, контури чіткі, порожнина не розширена, придатки без особливостей. Збільшення черевних та заочеревинних лімфовузлів не виявлено. Висновок комп’ютерної томографії органів черевної порожнини: перитоніт, оментит, інфільтрат великого сальника; асцит.

Звертає на себе увагу зміна показників периферійної крові у хворой, що не відповідають даним літератури. Динаміку змін деяких показників периферійної крові до операції і після наведено на рисунку 1.

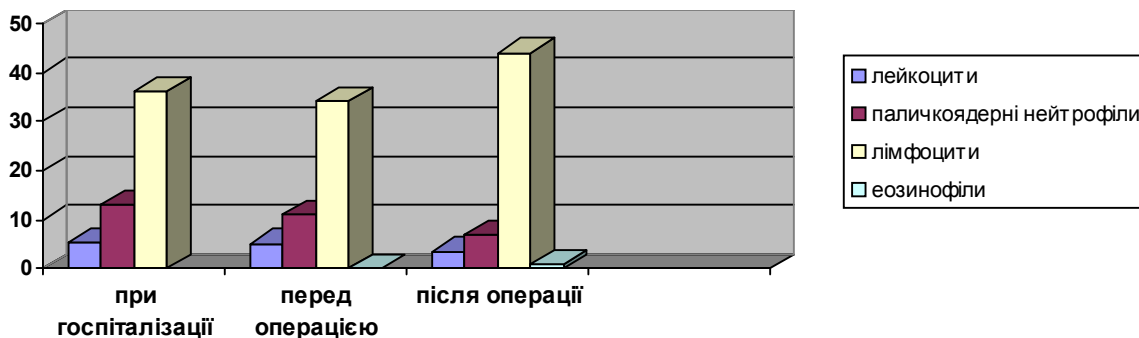


Рис. 1. Зміни деяких показників периферійної крові у хворой на абдомінальний туберкульоз.

Хворій вирішено провести релапаротомію. Під час лапаротомії отримано 800 мл асцитичного характеру рідини. Вся поверхня парієтальної і вісцеральної очеревини інфільтрована, потовщена і покрита множинними просоподібними горбками (рис. 2). Великий сальник приєднаний до передньої черевної стінки, потовщений, щільної консистенції, з обсіменінням. Виникла підозра щодо канцероматозу очеревини. Проведено резекцію великого сальника, який разом з асцитичною рідиною відправлено на цитологічне дослідження, під час якого стверджено туберкульозне ураження. Виконано дренажування черевної порожнини. Діагноз після операції: туберкульоз очеревини, туберкульозний перитоніт. Гістологічне дослідження видаленого сальника підтвердило діагноз. Призначено специфічну терапію. Перебіг післяопераційного періоду – без ускладнень. Післяопераційна рана загоюється первинним натягом.

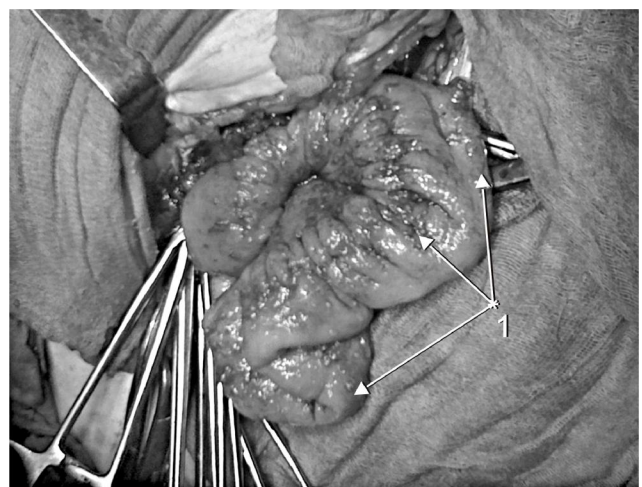


Рис. 2. Туберкульозне ураження тонкої кишки у хворой К.: 1 – множинні просоподібні горбки на вісцеральній очеревині.

ПОВІДОМЛЕННЯ

При обстеженні хворої через 6 місяців скарги відсутні. При сонографічному дослідженні органів черевної порожнини патології не виявлено.

Висновки. 1. Виникнення абдомінального туберкульозу в жінок після пологів супроводжується певними труднощами в діагностичному плані і вимагає конструктивної взаємодії лікарів різних спеціальностей.

2. При завуальованій клініко-сонографічній картині перебігу післяопераційного періоду доцільним є призначення комп'ютерної томографії органів черевної порожнини.

3. При підтвердженні діагнозу абдомінального туберкульозу необхідним заходом є проведення операції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гусейнов Г. К. Семиотика абдомінального туберкульозу / Г. К. Гусейнов, А. М. Рамазанова, А. Г. Гусейнов // Терапевтич. архив. – 1984. – № 8. – С. 85–88.
2. Гусейнов Г. К. Внелегочный туберкулез / Г. К. Гусейнов //

- Проблемы туберкулеза. – 2000. – № 1 – С. 45–47.
3. Случай абдомінального туберкулеза: сложности диагностики / А. Н. Зинчук, Б. А. Герасун, Л. Ю. Шевченко [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 2001. – № 8. – С. 56–57.

Отримано 17.04.13