

ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ВИРАЗОК ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ХВОРИХ ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Кравець О.В. – асистент,

Юрченко О.П., Яшукова Є.В. – студенти

Науковий керівник – професор Дужий І.Д.

СумДУ, кафедра загальної хірургії з курсом фтизіатрії і променевої діагностики

Останніми роками захворюваність на туберкульоз стала однією з найважливіших проблем у світі. Характерним є зростання кількості хворих зі стійкістю мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів. Хіміотерапія цієї категорії пацієнтів малоефективна і часто безперспективна. У таких умовах зростає роль оперативного лікування туберкульозу легень. Гострі виразки шлунку та дванадцятипалої кишки розвиваються у 18-27% хворих, оперованих на легенях. У більшості пацієнтів вони протікають безсимптомно. Подальше їх ускладнення кровотечею або перфорацією значно обтяжує післяопераційний період і нерідко може стати причиною летального наслідку. Особливості патогенеза гострих виразок після операцій на легенях детально не вивчені. Дослідження показали, що у механізмі розвитку виразки беруть участь різні фактори, проте у даний час загальноновизнано, що схема патогенезу у своїх кінцевих ланках зводиться до порушення існуючого в нормі балансу між факторами агресії та захисту слизової оболонки.

Актуальність проблеми розвитку гострих виразок верхніх відділів шлунково-кишкового тракту визначається недостатньою ефективністю їх профілактики та консервативного лікування, високим ризиком оперативних втручань. Крім того, відсутні чіткі критерії вибору методу лікування.

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. Першому хворому була виконана верхня білобектомія, доповнена інтраплевральною торакопластикою справа; другому – семиреберна задньо-верхня екстраплевральна торакопластика справа, кавернотомія за закритим типом. У обох хворих перебіг раннього післяопераційного періоду ускладнився шлунково-кишковою кровотечею. Виконана езофагофіброгастроуденоскопія. Джерелом кровотечі у першого пацієнта була гостра виразка дванадцятипалої кишки, у другого – гостра виразка шлунку. У обох випадках на момент огляду кровотеча зупинилась (Forrest ІА). Враховуючи результати ендоскопічного дослідження, хворим було призначено консервативне лікування, яке включало інфузійну, противиразкову (блокатори H₂-рецепторів, інгібітори протонної помпи), гемостатичну, трансфузійну терапію. У першого хворого проведене лікування було успішним – виразка загоїлась і він виписаний з покращенням. У другого пацієнта на фоні інтенсивної терапії через 12 діб відбувся рецидив кровотечі. У зв'язку з важким станом оперативне втручання було неможливим. Проводилась консервативна терапія, яка втім успіху не мала, і хворий через 3 доби помер.

Таким чином, гострі виразкові ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є частим ускладненням післяопераційного періоду. Розвиток кровотечі або перфорації виразки супроводжуються високою летальністю. Важкість лікування даної патології у хворих на туберкульоз обумовлена виснаженням організму. Виявлення групи ризику і проведення ефективної профілактичної антисекреторної терапії – обов'язкова частина лікування цієї важкої категорії хворих. Профілактика рецидивів кровотеч з гострих виразок полягає не тільки у проведенні адекватної антисекреторної терапії, але і в лікуванні органної недостатності і стабілізації стану хворого.