

А. В. Терешкович, М. И. Калениченко, Л. М. Загаба
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

Цель исследования: ознакомить торакальных хирургов и врачей других специальностей с возможностями проведения хирургических вмешательств больным туберкулезом с сопутствующим ВИЧ/СПИДом в условиях фтизиохирургического стационара на примере опыта клиники.

Материалы и методы

С 2007 по 2015 г.г. на базе отделения торакальной хирургии и инвазивных методов диагностики было прооперировано 130 ВИЧ-инфицированных пациентов. В исследовании преобладали мужчины — 85 (65,4 %) случаев, женщин было 45 (34,6 %). 118 (90,8 %) пациентов были в возрасте до 35 лет. Диагноз СПИДа был выставлен в 102 (78,5 %) случаях. По нозологии: в 46 (35,4 %) случаях был диагностирован туберкулезный плеврит (с легочным и без легочного компонента); 39 (30,0 %) пациентов имели локальный или генерализованный туберкулезный лимфаденит; реактивный или гнойный лимфаденит был зафиксирован у 18 (13,8 %) пациентов; в 11 (8,5 %) случаях имел место неспецифический плеврит или неспецифическая эмпиема плевральной полости. Остальные нозологии были редкими. Основная сопутствующая патология в изучаемых пациентах была следующая: у 98 (75,4 %) пациентов была наркомания, в 58 (44,6 %) случаях — вирусный гепатит В или С, хронический алкоголизм был зафиксирован в 22 (16,9 %) случаях. ВИЧ-инфицированным пациентам были проведены следующие оперативные вмешательства: видеоторакоскопия с биопсией париетальной плевры — 43 (33,1 %) случая; торакоскопия с биопсией париетальной плевры — 11 (8,5 %); биопсия периферических лимфатических узлов — 45 (34,6 %); раскрытие нагноившихся лимфатических узлов — 12 (9,2 %); дренирование плевральной полости — 10 (7,7 %); больших торакальных операций — 9 (6,9 %) наблюдений. Среди последних были следующие оперативные вмешательства: плеврэктомию с декортикацией и краевой резекцией S4 левого легкого, плеврэктомию с декортикацией легкого, торакостомию справа с этапными экстраплевральными торакопластиками и закрытием торакостомы, пульмонэктомия справа, первичная 7-ми реберная экстраплевральная торакопластика справа, плоскостная резекция S3 левого легкого, одномоментные двухсторонние видеоассистированные частичные резекции (S2 слева и S6 справа), верхняя лобэктомия слева, видеоассистированная резекция S2. При выборе метода операции предпочтение отдавалось малоинвазивным вмешательствам, даже если операции носили условно-радикальный характер

Результаты

Основные подходы к лечению хирургических больных с ВИЧ инфекцией были следующими:

1. Выполнение оперативных вмешательств ВИЧ-инфицированным пациентам при наличии у них туберкулеза или другого инфекционного заболевания было возможно, а во многих случаях жизненно необходимо. Так своевременное и адекватное дренирование эмпиемы плевральной полости или вскрытие абсцесса мягких тканей предупреждало развитие генерализованной септической инфекции.

2. Выбор режима послеоперационной антибиотикотерапии проводился с обязательным учетом бактериограммы, а при отсутствии последней эмпирическая терапия была направлена на максимально больший спектр инфекционных факторов.

3. Назначения противогрибковых препаратов и пробиотиков являлось обязательным элементом лечения ВИЧ-инфицированных в послеоперационном периоде.

4. Обязательным также было использование только моноволоконного шовного материала с длительным сроком рассасывания.

В результате исследования были отмечены особенности течения туберкулезного плеврита у пациентов с ВИЧ-инфекцией, а именно: склонность к рецидивированию процесса; раннее формирование специфической эмпиемы плевры; частое отсутствие адекватного клинического ответа на проводимую противотуберкулезную терапию; необходимость применения неспецифических антибиотиков на ранних стадиях лечения туберкулезного плеврита; стертость морфологической картины. Также были выделены следующие основные подходы к ведению пациентов с лимфаденопатиями и ВИЧ-инфекцией: обязательное проведение биопсии с удалением целого лимфатического узла или их конгломератов; обязательное назначение превентивной противотуберкулезной терапии до получения результатов гистологического исследования; при гнойном лимфадените обязательное морфологическое исследование пиогенной капсулы и проведение бактериологического исследования гнойного содержимого; даже при отсутствии гистологических признаков туберкулезного процесса в лимфатическом узле рекомендована консультация фтизиатра для возможного проведения противотуберкулезной терапии, учитывая клинические данные. При больших торакальных операциях средний срок пребывания пациента в стационаре составил на 14,9 дней дольше по сравнению с обычными пациентами. Заживление послеоперационной раны вторичным натяжением наблюдалось в 9 (6,9 %) случаях. Общий уровень послеоперационных осложнений у прооперированных ВИЧ-инфицированных пациентов составил 10,0 %, а уровень послеоперационной летальности — 0,8 %.

Выводы: 1) репаративные возможности у ВИЧ-инфицированных пациентов значительно снижены, а

потому при выборе вида операции предпочтение необходимо предоставлять малотравматическим вмешательствам; 2) приоритетным направлением

является разработка и внедрение в практику стандартов оказания хирургической помощи пациентам с ВИЧ/СПИДом.
