

П. Є. Бакулін, Ю. Ф. Савенков, Н. В. Гранкіна
РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ,
АСОЦІЙОВАНИЙ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

КП «Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія» ДОР»

Одним із основних опортуністичних захворювань ВІЛ — інфекції є туберкульоз. Крім того, значне підвищення лабораторного виявлення ВІЛ — інфекції та більш ретельне обстеження пацієнтів в останні роки сприяють підвищенню реєстрації даних випадків. Необхідність хірургічного лікування пацієнтів на туберкульоз легень, асоційований з ВІЛ — інфекцією зростає, але в сучасній літературі результати хірургічного лікування даної категорії хворих вивчені недостатньо.

Мета дослідження: оцінка результатів застосування різних видів оперативних втручань в хірургічному лікуванні хворих на туберкульоз легень, поєднаний з ВІЛ — інфекцією.

Матеріали і методи

Нами був проведений аналіз результатів хірургічного лікування 52 хворих на туберкульоз легень, поєднаний з ВІЛ — інфекцією, що були прооперовані в легенево-хірургічному відділенні КП «Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія» ДОР» у період 2014–2018 роки. Практично усі пацієнти були особами молодого віку (18-45 років) — 48 (92,3 %). Переважали чоловіки — 31 (59,6 %). Усі пацієнти мали позитивний ВІЛ — статус. Більшість пацієнтів приймала АРТ — 41 (78,8 %). Середня тривалість позитивного ВІЛ — статусу (з моменту виявлення) складала 2,7 років. При вивченні імунологічного статусу пацієнтів брали до уваги кількість CD4 — клітин та вірусне навантаження. Визначення даних показників до та після оперативного втручання було обов'язковим. За кількістю CD4 — клітин усі хворі були розподілені на 4 групи: перша група — кількість CD4 менше 200 кл/мл, друга група — 200–350 кл/мл, третя група — 351–500 кл/мл та четверта група — більше 500 кл/мл. Мінімальна кількість CD4 — клітин зафіксована у 1 пацієнта на мультирезистентний туберкульоз легень, ускладнений хронічною емпіємою плеври. Вірусне навантаження у середньому знаходилося в діапазоні 17000 — 21000 РНК — копій /мл та було залежним від тривалості АРТ. Усі пацієнти, яким проведено хірургічне втручання, були обстежені на опортуністичні та Ко — інфекції. При цьому у 1 хворого (1,9 %) лабораторно підтверджена наявність токсоплазмозу, але без клінічних проявів. У 2 (2,8 %) пацієнтів виявлена цитомегаловірусна інфекція, у 8 (15,3) — герпетична інфекція. Серед Ко-інфекцій мав місце хронічний вірусний гепатит, асоційований з вірусом С, різного ступеню активності — 9 (17,3 %) випадків та 3 (5,7 %) — асоційованого з вірусом В.

Характеристика туберкульозного процесу в легенях визначалася, насамперед, об'ємом ураження. Так, у більшості хворих — 34 (65,3 %) мала місце тенденція до двобічного ураження легень у вигляді деструктивних змін та

поліморфно-вогнищевої та інфільтративної дисемінації. У решти пацієнтів (34,7 %) мало місце однобічне ураження. Наявність обмежених (в межах долі легені) основних морфологічних змін у вигляді конгломератів вогнищ та деструкції, що визначало об'єм та характер оперативного втручання, було визначено у більшості пацієнтів — 40 (76,9 %). Розповсюджений (більше 3 сегментів легені) основний морфологічний туберкульозний процес мав місце у 11 (21,1 %) випадках, при цьому синдром «зруйнованої» легені був показанням до виконання пневмонектомії у 6 (11,5 %). У 1 пацієнта фіброзно-кавернозний мультирезистентний туберкульоз легень ускладнився хронічною емпіємою плеври з бронхоплевроторакальною норицею, що потребувало накладання торакостоми, як етапу хірургічного втручання. Усі хворі отримували стандартизовані схеми протитуберкульозної поліхіміотерапії, згідно діючих стандартів. За характером туберкульозного процесу хворі розподілені таким чином: хворі на 1 категорію (ВДТБ) склали 40 %, 2 категорії (НЛТБ, РТБ, ЛППТБ, ІТБ) — 15,3 %, 4 категорії (РифТБ, МРТБ, РРТБ) — 40,3 %, 5.1 категорії (ЗЗТБ) — 3,8 %. На момент проведення оперативного втручання бактеріовиділення зберігалось у 31 (59,6 %) пацієнта. Хворі, що отримували паліативне лікування з приводу туберкульозу, дослідженню не підлягали.

Хворим після ретельної передопераційної підготовки, що проводилася з урахуванням особливостей поєднаної патології, включаючи корекцію імунного статусу, стабілізацію туберкульозного процесу, патогенетичну та симптоматичну терапію, були виконані наступні оперативні втручання: пневмонектомія — 6 (11,5 %), заключна пневмоектомія (до видалення остатку раніше резектованої легені) — 1 (1,9 %), плевропневмоектомія із закриттям торакоостоми — 1 (1,9 %), лобектомії — 24 (46,1 %), сегментарні резекції — 20 (38,4 %), лікувальна 5-реберна торакопластика — 1 (1,9 %), екстраплевральний пневмоліз як варіант колапсхірургічного втручання — 1 (1,9 %). Значну увагу було приділено інтраопераційній корекції гемітораку під час виконання резекційних втручань, особливо у хворих на МРТБ. У 11 (21,1 %) пацієнтів були виконані плевроколагенопластика або френікотріпсія (після нижньої лобектомії).

При вивченні безпосередніх результатів хірургічного лікування досліджуваної групи пацієнтів через 2 місяці були застосовані наступні критерії: значне поліпшення — відсутність деструкції та бактеріовиділення, розсмоктування інфільтрації та вогнищ або їх ущільнення; поліпшення — відсутність деструкції та бактеріовиділення, але зберігання інфільтрації або вогнищевої дисемінації в легенях; погіршення — прогресування туберкульозного процесу з наявністю деструкції та бактеріовиділення; смерть пацієнта внаслідок прогресування туберкульозного процесу.

Віддалені результати хірургічного лікування оцінювалися через 2 роки після операції за ознаками клінічної стабілізації туберкульозу (клінічного видужання), прогресування туберкульозу (неефективне лікування), смерті від туберкульозу.

Результати та їх обговорення

Під час проведення хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень, асоційований з ВІЛ — інфекцією не було відмічено суттєвих особливостей технічного характеру. Усі резекційні втручання виконувалися по класичній методиці з роздільною обробкою елементів кореня легені. Звертало на себе увагу розповсюджене ураження легень у вигляді вогнищевої дисемінації, а також збільшення розмірів лімфатичних вузлів кореня легені та середостіння.

Усі оперовані хворі були розподілені за кількістю CD4-клітин до операції та видами та об'ємами оперативних втручань таким чином.

Таблиця 1.

Види та кількість оперативних втручань, виконаних хворим на туберкульоз легень, асоційований з ВІЛ — інфекцією з різними рівнем імуносупресії

Види операцій	Кількість операцій				Всього
	CD4 < 200 кл/мл	CD4 200-350 кл/мл	CD4 > 351-500 кл/мл	CD4 > 500 кл/мл	
Пневмонектомія			2	4	6
Заключна пневмонектомія			1		1
Плевропневмонектомія	1				1
Лобектомія	2	6	8	8	24
Сегментарна резекція					20
Лікувальна торакопластика			1		1
Екстраплевральний пневмоліз		1			1
Усього	3	7	12	12	52

Серед оперованих хворих мали місце 3 (5,7 %) інтраопераційні ускладнення: внутрішньоплевральна кровотеча внаслідок поранення міжреберної артерії — 1, розриви паренхіми легені під час пневмолізу — 2. Післяопераційні ускладнення мали місце у 3 (5,7 %) пацієнтів та характеризувалися утворенням залишкової плевральної порожнини (1 пацієнт) та тривалої післяопераційної внутрішньоплевральної ексудації (2 пацієнта), були усунені без летальних наслідків.

Безпосередні результати були наступні. Значне поліпшення наступило у 46 (92,3 %) оперованих пацієнтів, поліпшення у вигляді абацилювання та відсутності деструкції досягнуто у 6 (7,7 %) пацієнтів, але в них зберігалася інфільтрація легеневої тканини та вогнищева дисемінація. Погіршення у вигляді прогресування туберкульозного процесу та летальних випадків у цьому періоді зафіксовано не було.

Клінічний приклад 1. Хвора Ш., 1981 р. н., поступила в легенево-хірургічне відділення КП «ДОКЛПО «Фтизіатрія» ДОР» 18.06.2014 р. з діагнозом: ВІЛ-інфекція, 4 клінічна стадія з проявом: РРТБ (14.11.2013) легень (фіброзно-кавернозний), «зруйнована» ліва легеня Дестр + МБТ+ М+ К+ Резист + (HRES) Резист II + (Km,Ofx) Гіст 0 Кат 4 Ког 4 (13). Тривалість захворювання на туберкульоз — 7 років. Проведені багаторазові безуспішні курси протитуберкульозної терапії. ВІЛ виявлений в 2007 році. Отримувала АРТ протягом 5 років. Дані обстеження: рентгенограма ОГП: полі-кавернозне ураження лівої легені з вогнищевою поліморфною дисемінацією та вираженими вторинними змінами; в правій легені на верхівці дрібна порожнина деструкції до 1,5 см, вторинні зміни у вигляді фіброзу та емфіземи. Лабораторно: рівень CD4-клітин — 719 кл/мл, вірусне навантаження — 9745 РНК — копій. Лабораторно підтверджено наявність вірусного гепатиту, асоційованого з вірусами В та С, цитомегаловірусна інфекція.

Після проведеної комплексної підготовки, хворій 22.07.2014 р. виконана операція: пневмонектомія ліворуч. Інтраопераційних ускладнень не було. У післяопераційному періоді через 2 місяці досягнуто абацилювання

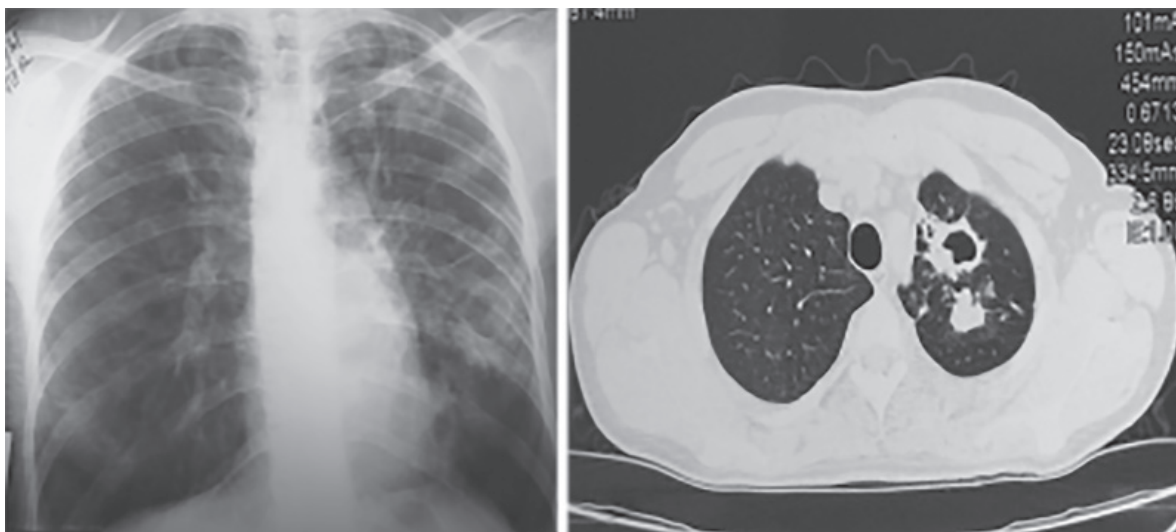


Рис. 1. Оглядова рентгенограма та комп'ютерна томограма хворої Ш. до операції

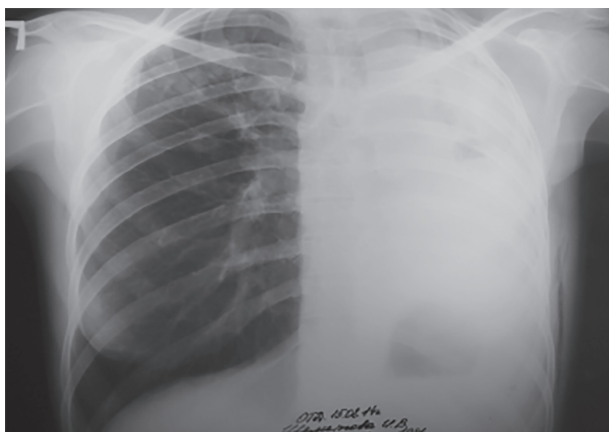


Рис. 2. Оглядова рентгенограма хворої Ш. через 2 місяці після операції

методом мікроскопії та посіву, рентгенологічно визначена стабілізація туберкульозного процесу.

Лабораторно через 2 місяці після хірургічного лікування: рівень CD4-клітин — 803 кл/мл, вірусне навантаження — 9280 РНК-копій.

У віддаленому періоді (через 2 роки) у хворої наявні ознаки повної клінічної стабілізації туберкульозного процесу.

Клінічний приклад 2. Хворий Ф., 1964 р.н., поступив в легенево-хірургічне відділення КП «ДОКЛПО «Фтизіатрія» ДОР» 25.11.2014 р. з діагнозом: ВІЛ — інфекція, 4 клінічна стадія з проявом: ІТБ НЛ (03.11.2014) легень (фіброзно-кавернозний), Дестр + МБТ+ М+ К+ Резист + (HS) Резист II — Гіст 0 «зруйнована» ліва легень, хронічна емпієма плеври ліворуч з бронхоплевроторакальною норницею, торакастома ліворуч Кат 2 Ког 4 (14). Споживач ін'єкційних наркотичних речовин. Тривалість захворювання на туберкульоз — 10 років. Періодично були загострення туберкульозного процесу. ВІЛ — інфекція виявлена у березні 2014 року, АРТ не отримував на момент проведення операції. Під час обстеження: рентгенограма ОГП — праворуч в верхній частці та S6 поліморфні вогнища. Ліворуч від верхівці до низу порожнина емпієми з колапсом легені на 2/3. Лабораторно визначений рівень CD4 — клітин — 42 кл/мл, вірусне навантаження — 20538 РНК — копій, підтверджено наявність

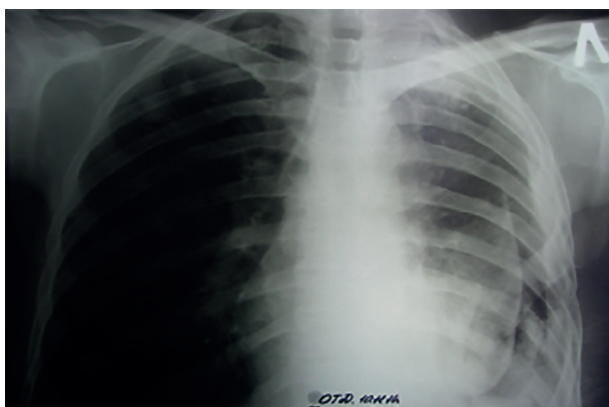


Рис. 3. Оглядова рентгенограма хворого Ф. до операції

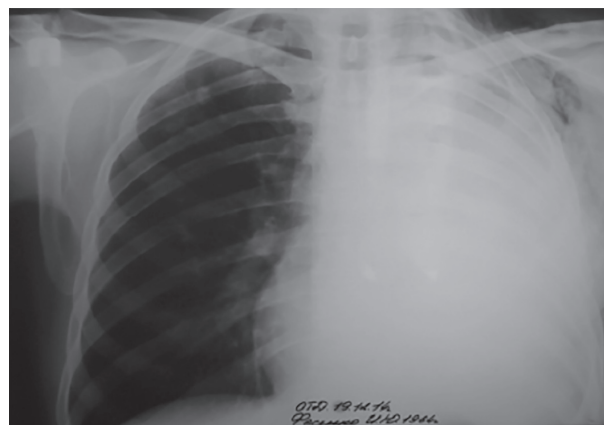


Рис. 4. Оглядова рентгенограма хворого Ф. через 2 місяці після операції

хронічного вірусного гепатиту С, цитомегаловірусної інфекції, герпетичної інфекції.

Враховуючи повторні легеневі та внутришньоплевральні кровотечі, хворому після короткочасної передопераційної підготовки, по життєвим показанням виконана операція: 16.12.2014 р. — плевропневмонектомія ліворуч, ушивання торакастоми. Інтраопераційних ускладнень не було. Післяопераційний період перебігав гладко. Через 2 місяці відмічено значне покращення у вигляді відсутності бактеріовиділення методом мікроскопії та посіву. Рентгенологічно та клінічно емпієма ліквідована.

В післяопераційному періоді хворому призначена АРТ. Через 2 місяці рівень CD4 — клітин — 68 кл/мл, вірусне навантаження — 19012 РНК — копій. Виписаний на амбулаторне лікування. Через 2 роки спостереження відмічена стабілізація туберкульозного процесу, хворий переведений до категорії 5.1.

Відділені результати (2 роки) вивчені у 28 (53,8 %) пацієнтів. Клінічна стабілізація туберкульозу визначена у 25 (89,3 %) пацієнтів, у 1 (3,5 %) хворого відмічено прогресування туберкульозу з бактеріовиділенням та появою деструкції, 2 (7 %) хворих померло від прогресування туберкульозного процесу в легенях та туберкульозного менингіту, не зважаючи на проведення АРТ та протитуберкульозної терапії.

Висновки

1. Хірургічне лікування хворих на туберкульоз легень, поєднаний з ВІЛ-інфекцією, характеризується невеликим рівнем (5,7 %) післяопераційних ускладнень та не має суттєвих технічних особливостей.

2. Клінічна ефективність хірургічного лікування даної категорії хворих дозволяє досягти повної клінічної ефективності у вигляді відсутності бактеріовиділення, деструкції в легені та значних вогнищево-інфільтративних змін у 92,3 % пацієнтів, а у решти хворих досягти абацилювання та закриття порожнини деструкції.

3. Вивчені віддалені результати хірургічного лікування даної категорії хворих дозволяють говорити про досягнення повного клінічного ефекту лікування у 92,3 % пацієнтів.