

УДК 616.98+578.828:616—089.16

МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ВІЛ/СНІД В УМОВАХ ФТИЗИОХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, В. І. Клименко, Р. С. Демус, О. В. Терешкович, М. І. Калениченко, В. Б. Бичковський, О. К. Обремська, Л. І. Леванда, В. А. Кононенко, О. Е. Кшановський

Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України, м. Київ

POSSIBILITIES OF SURGICAL AID TO PATIENTS, SUFFERING HIV/AIDS IN CONDITIONS OF PHTHYSIOSURGICAL STATIONARY

M. S. Opanasenko, V. M. Konik, V. I. Klymenko, R. S. Demus, O. V. Tereshkovych, M. I. Kalenychenko, V. B. Bychkovskiy, O. K. Obremaska, L. I. Levanda, V. A. Kononenko, O. E. Kshanovskiy

РЕФЕРАТ

Представлені результати хірургічного лікування 158 пацієнтів фтизіохірургічного стаціонару, у яких діагностований ВІЛ/СНІД. В основну групу включені 103 (65,2%) пацієнти, оперовані з приводу туберкульозу різної локалізації. У 70 (44,3%) хворих на ВІЛ/СНІД здійснено відеоторакоскопію з біопсією плеври, у 50 (31,6%) — біопсію лімфатичних вузлів з приводу лімфаденопатії нез'ясованого генезу. Частота післяопераційних ускладнень 4,4%. Обґрунтовано пріоритетність виконання відеоскопічних втручань у пацієнтів при ВІЛ/СНІД.

Ключові слова: туберкульоз; ВІЛ/СНІД; плевральний випіт.

SUMMARY

The results of surgical treatment of 158 patients in phthisiosurgical stationary, in whom HIV/AIDS was diagnosed, were presented. In the main group 103 (65.2%) patients were included, who were operated for tuberculosis of various localization. In 70 (44.3%) patients, suffering HIV/AIDS, videoscapy with pleural biopsy was performed, and in 50 (31.6%) — biopsy of lymphatic nodes for lymphadenopathy of occult genesis. The rate of postoperative complications was 4.4%. A priority of performance of videoscopic interventions in the patients, suffering HIV/AIDS, was substantiated.

Key words: tuberculosis; HIV/AIDS; pleural exudate.

Сьогодні епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні характеризується збільшенням захворюваності та смертності від СНІДу, активізацією статевого шляху передачі ВІЛ, залученням в епідемічний процес жінок репродуктивного віку [1]. Станом на 01.07.11 під диспансерним спостереженням у закладах охорони здоров'я України перебували 115 275 ВІЛ-інфікованих, з них у 16 764 діагностований СНІД. За період епідеміологічного спостереження від захворювань, спричинених СНІДом, померли 22 607 пацієнтів [2]. Україна перебуває серед країн, в яких відзначають концентровану стадію епідемії ВІЛ-інфекції, поширену в окремих групах населення, з високим ризиком інфікування ВІЛ [1, 3, 4].

Збільшення кількості хворих на ВІЛ спричиняє збільшення частоти звернення по хірургічну допомогу. Так, в США з хірургічних хворих ВІЛ-інфікованих 5,3%, в тому числі віком від 21 до 40 років — 30% [5].

Надання хірургічної допомоги хворим при ВІЛ/СНІД є складним завданням, що зумовлене такими чинниками: вираженим імунодефіцитним станом, значним зменшенням репаративних можливостей усіх тканин організму, високою частотою поліорганного ураження, поліінфекційністю багатьох патологічних станів, частою відмовою пацієнтів від хірургічної допомоги, відсутністю стандартизованих підходів до надання хірургічної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам тощо [6, 7].

Більшість хірургів вважають, що перебіг хірургічних захворювань у пацієнтів при ВІЛ/СНІД, особливо за низького рівня CD4 клітин, більш тяжкий. Деякі автори наводять високу післяопераційну летальність — 48% (57% — після невідкладних, 43% — планових операцій) і пояснюють це, насамперед, прогресуванням опортуністичних інфекцій та пухлинного процесу [6, 8]. У той же час, є дані, що ВІЛ-інфекція не погіршує результати хірургічного лікування пацієнтів, навіть за низького рівня CD4 клітин.

Так, у групі з 43 хворих на ВІЛ/СНІД, оперованих в загальнохірургічному стаціонарі, після операції помер лише 1 (2,3%) хворий від перитоніту, рівень CD4 клітин 47 в 1 мм³ [9]. Загалом відзначають тенденцію до підвищення хірургічної активності у хворих з ВІЛ/СНІД [10].

Вважають, що перебіг хірургічних захворювань у пацієнтів при ВІЛ/СНІД часто атипичний, що спричиняє значні труднощі під час діагностики та вибору строків виконання оперативного втручання. З 380 пацієнтів з ВІЛ/СНІД, які потребували хірургічної допомоги, лише у 9,5% спостерігали атипичні клінічні ознаки захворювання (переважно органів черевної порожнини і сепсису у занедбаній стадії).

Більшість практикуючих лікарів вважають, що хірургічні втручання у хворих при ВІЛ/СНІД мають бути мініінвазивними, зокрема, перевагу віддають ендоскопічним методам, застосування яких забезпечує незначну частоту післяопераційних ускладнень (0,3 – 15%) і мінімальний ризик зараження ВІЛ медичного персоналу [6, 10, 11].

Щодо оперативних втручань у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які виконують в умовах фтизіохірургічного стаціонару, умовно їх можна розподілити на категорії [7].

1. Діагностичні операції: біопсія лімфатичних вузлів різної локалізації, біопсія плеври за наявності плеврального випоту (ПВ) невідомої етіології, біопсія легені при дисемінованих захворюваннях тощо.

2. Радикальні операції: резекція частини легені, пультонектомія, плевректомія з декортикацією легені, дренажування плевральної порожнини тощо.

3. Паліативні операції: первинна екстраплевральна торакопластика, розкриття лімфатичних вузлів, що нагноїлися, дренажування плевральної порожнини в термінальній стадії СНІДу при хронічному рецидивуючому піопневмотораксі.

Режим післяопераційної антибактеріальної терапії у хворих на ВІЛ/СНІД слід обирати на підставі аналізу бактеріограми, а за її відсутності емпірична терапія повинна бути спрямована на максимально більший спектр інфекційних чинників [1]. Призначення протигрибкових препаратів і пробіотиків є обов'язковим елементом лікування ВІЛ-інфікованих після операції, як і використання лише моноволоконного шовного матеріалу з тривалим розсмоктуванням [5].

На жаль, у вітчизняній літературі питання надання хірургічної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД обговорюються недостатньо, стандарти відсутні, тому показники ефективності значно різняться. Метою роботи є ознайомлення торакальних хірургів і лікарів інших спеціальностей з можливостями виконання хірургічних втручань у пацієнтів при ВІЛ/СНІД в умовах фтизіохірургічного стаціонару.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З 2007 р. в клініці торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики оперовані 158 ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Переважали чоловіки – 108 (68,4%), жінок було 50 (31,6%). Віком від 18 до 35 років було 140 (88,6%) хворих, від 36 до 40 років – 16 (10,1%), старше 40 років – 2 (1,3%). Таким чином, переважали пацієнти молодого працездатного віку. Лабораторно підтверджений СНІД відзначений у 63 (39,9%) пацієнтів. З супутніх захворювань у 62 (39,2%) пацієнтів діагностована наркоманія, у 50 (31,6%) – вірусний гепатит В або С, у 31 (19,6%) – хронічний алкоголізм. ВІЛ-асоційовані захворювання спостерігали у 65 (41,1%) пацієнтів. Вивчені матеріали цитологічного, мікробіологічного дослідження харкотиння, плеврального випоту, гнійного вмісту абсцесів, а також біопсійні матеріали (цитологічне і морфологічне дослідження). Всім хворим проведено рентгенологічне дослідження: багатоосьова рентге-

Таблиця 1. Захворювання, діагностовані у ВІЛ-інфікованих пацієнтів

Захворювання	Кількість пацієнтів	
	абс.	%
Туберкульозний ПВ		
з легенеvim компонентом (з ураженням легені)	33	20,9
без легеневого компоненту (без ураження легені)	28	17,7
Туберкульоз лімфатичних вузлів		
локалізований туберкульоз периферійних лімфатичних вузлів	30	20,0
генералізований туберкульозний лімфаденіт	7	4,4
Неспецифічний ПВ	18	11,4
Шийний неспецифічний гнійний лімфаденіт	11	7,0
Реактивний лімфаденіт різної локалізації	10	6,3
Неспецифічна емпієма плеври	7	4,4
Лімфосаркома (шийної локалізації)	3	1,9
Гостра специфічна емпієма плеври з бронхіальною норицею	3	1,9
Хронічний специфічний піопневмоторакс з бронхіальною норицею	2	1,3
Фіброзно-кавернозний туберкульоз правої легені	2	1,3
Лімфома Ходжкіна	2	1,3
Лівобічний метастатичний плеврит (при саркомі Капоши)	1	0,6
Хронічний туберкульоз плеври	1	0,6

Таблиця 2. Розподіл хворих за видом оперативного втручання

Оперативне втручання	Кількість хворих	
	абс.	%
Відеоторакоскопія (ВТС) з біопсією плеври	70	44,3
Біопсія периферійних лімфатичних вузлів (лімфонодулектомія)	50	31,6
Розкриття гнояків лімфатичних вузлів	11	7,0
Торакоскопія з біопсією плеври	8	5,1
Закрита трансторакальна біопсія парієтальної плеври (ЗТБПП) з подальшим дренажуванням плевральної порожнини	6	3,8
Дренажування емпієми плевральної порожнини	6	3,8
ВТС–біопсія внутрішньогрудних лімфатичних вузлів	1	0,6
Відкрита біопсія лівої легені	1	0,6
Плевректомія з декортикацією лівої легені і крайовою резекцією C _{IV} лівої легені (хронічний туберкульоз плеври)	1	0,6
Плевректомія з декортикацією лівої легені і пластиком бронхіальної нориці лоскутом жиру з перикарда на судинній ніжці (неспецифічна емпієма)	1	0,6
Торакостомія справа з подальшою етапною екстраплевральною торакопластиком і закриттям торакостоми (специфічна туберкульозна емпієма)	1	0,6
Пулмонектомія справа з приводу фіброзно–кавернозного туберкульозу (ФКТ) легені	1	0,6
Первинна екстраплевральна торакопластика 8 ребер справа з приводу ФКТ легені	1	0,6

нографія, комп'ютерна томографія органів грудної порожнини. Нозологічний розподіл пацієнтів представлений у *табл. 1*.

Аналіз даних свідчив про переважання туберкульозної інфекції – у 103 (65,2%) хворих. Найчастіше діагностували туберкульозний ПВ з легенеvim компонентом і без нього – відповідно у 33 (20,9%) і 28 (17,7%) хворих, а також туберкульоз лімфатичних вузлів – у 37 (23,4%).

В *табл. 2* представлені види оперативних втручань, виконаних у ВІЛ–інфікованих пацієнтів.

Отже, з оперативних втручань переважала ВТС з біопсією плеври і біопсія периферійних лімфатичних вузлів – відповідно у 70 (44,3%) і 50 (31,6%) хворих. Відкрита торакальна операція виконана у 6 (3,8%) спостереженнях.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 70 (44,3%) хворих ВТС з біопсією плеври виконана за загально визначеними правилами торакальної хірургії. Операцію здійснювали за наявності у пацієнта ПВ нез'ясованої етіології, одночасно вирішували декілька завдань: візуальна оцінка стану листків плеври, біопсія змінених ділянок плеври, руйнування плеври та формування спільної порожнини, адекватне дренажування плевральної порожнини. Біоптати плеври направляли на цитологічне, гістологічне і мікробіологічне дослідження. Діагностична ефективність ВТС–біопсії плеври становила 98,6%. В одному спостереженні висновки гістологічного дослідження різних фахівців не співпадали, проте, візуальні та клінічні ознаки нагадували такі туберкульозного захворювання, тому пацієнту призначена превентивна протитуберкульозна терапія, яка сприяла його повному одужанню. Діагностична ефек-

тивність ЗТБПП становила майже 88%, а біопсії плеври при торакокопії – 92% (за даними клініки). Фахівці все більше схиляються до думки, що відеоскопічні оперативні втручання у ВІЛ–інфікованих пацієнтів є досить хорошою альтернативою відкритим операціям з використанням широкого доступу. При ВТС це пояснюється меншою частотою післяопераційних ускладнень; невеликим травматизмом оперативного втручання, що дозволяє раніше мобілізувати хворого без його перебування в реанімаційному відділенні та розширити показання до використання методу у ВІЛ–інфікованих пацієнтів навіть у стадії СНІДу; зменшення тривалості лікування хворого у стаціонарі, а відповідно, ризику виникнення лікарняних інфекцій; незначний косметичний дефект; кращий комплаєнс між лікарем і пацієнтом при поясненні йому необхідності виконання операції; зменшення вартості лікування.

Діагноз туберкульозного ПВ встановлений у 61 (38,6%) пацієнта, при цьому адекватну швидку відповідь на призначену протитуберкульозну терапію спостерігали у 59 (97,6%) з них.

Неспецифічний ПВ, як правило, був параневмонічного генезу з частим приєднанням грибкової інфекції. Використання антибіотиків широкого спектру дії і протигрибкових препаратів сприяло клінічному одужанню усіх пацієнтів. У 6 (3,8%) хворих з приводу емпієми плеври проводили дренажування плевральної порожнини за Бюлау з щоденною санацією її розчинами антисептиків. У 2 (33,3%) хворих дренажування було паліативним, через деякий час пацієнти виписані для амбулаторного лікування з дренажами. В обох пацієнтів був СНІД у термінальній стадії, тому здійснення більш радикальних операцій було неможливим.

У 50 (31,6%) пацієнтів проведена біопсія периферійних лімфатичних вузлів шляхом лімфонодулектомії. У 37 (78,7%) хворих встановлений діагноз туберкульозу лімфатичних вузлів, у 3 (6%) — за периферійної лімфаденопатії діагностовано лімфосаркому, в одного з них — також оперізуючий лишай тулуба й лица.

Всі пацієнти у задовільному стані направлені до спеціалізованих онкологічних закладів.

При гнійному лімфаденіті в 11 (7%) хворих проведено розкриття гнійників за визнаними правилами загальної хірургії.

Загальні вимоги до ведення ВІЛ-інфікованих хворих з лімфаденопатією невідомої етіології:

— обов'язкове проведення відкритої біопсії з видаленням цілого лімфатичного вузла або їх конгломератів;

— обов'язкове призначення превентивної проти-туберкульозної терапії до отримання результатів гістологічного дослідження;

— при гнійному лімфаденіті обов'язкове морфологічне дослідження піогенної капсули і мікробіологічного дослідження вмісту гнійника;

— навіть за відсутності гістологічних ознак туберкульозного процесу в лімфатичному вузлі консультація фтизіатра для можливого призначення проти-туберкульозної терапії, з огляду на клінічні дані.

Великі торакальні операції в клініці виконані у 6 (3,8%) хворих. Така невелика кількість втручань пояснюється спеціалізацією клініки, зокрема, переважанням хворих на туберкульоз. Для визначення операбельності туберкульозу пацієнту з коінфекцією туберкульозу і ВІЛ проводили курс консервативної терапії протягом 6–12 міс, при цьому частину хворих виліковували, частина — вмирили. Тому пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, яким показані великі торакальні втручання, було мало, і навіть ті, які зверталися по хірургічну допомогу, часто перебували у тяжкому стані.

У 2 (33,3%) хворих виконані колапсхірургічні втручання. В одного з них з приводу правобічного хронічного специфічного піопневмотораксу з бронхіальною норницею спочатку створено торако-тому з верхнім етапом торакопластики, через 1 міс — здійснений нижній етап торакопластики, ще через 1,5 міс — закриття торако-тому. Пацієнт у задовільному стані через 3,5 міс виписаний для амбулаторного лікування. У другого пацієнта з фіброзно-кавернозним, полірезистентним туберкульозом правої легені і дисемінацією в лівій легені виконано первинну 8-реберну екстраплевральну торакопластику справа, що дало можливість повністю усунути порожнину розпаду в правій легені, припинити виділення мікобактерій. Пацієнт у задовільному стані виписаний через 3 тиж після операції. Обоє пацієнтів періодично

обстежують в клініці протягом 3 років, результати лікування задовільні.

Інші операції, виконані у 4 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, мали задовільні результати, підходи до ведення таких пацієнтів після операції загальноприйнятні. В одного хворого, якому виконана плевректомія з декортикацією лівої легені і крайовою резекцією С_{IV}, після операції спостерігали запізніле розправлення легені, що потребувало додаткового дренивання плевральної порожнини, тривалої активної аспірації, а також створення пневмоперитонеуму. Пацієнт у задовільному стані виписаний через 2 міс.

У 3 (1,9%) хворих після виконання торакокопії діагностоване незначне недорозправлення легені в ранньому післяопераційному періоді внаслідок ригідності легені. У 2 (1,3%) пацієнтів після виконання ВТС з біопсією плеври недорозправлення легені пов'язане з ненадійним інтраопераційним аеростатом.

Повторне дренивання, пневмоперитонеум, а також виконання санаційної бронхофіброскопії дали можливість швидко усунути ці ускладнення. Ще в 1 (0,6%) хворого після виконання ЗТБПП виникла невелика підшкірна гематома, яка усунута консервативними засобами.

Загалом, ускладнення після операції виникли у 7 (4,4%) ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що є досить хорошим показником.

В клініці через 14 днів після ВТС з біопсією плеври справа помер 1 (0,6%) хворий. Причиною смерті було прогресування септичного стану, зумовленого туберкульозною, цитомегаловірусною і пневмоцистною інфекцією.

ВИСНОВКИ

1. Під час вибору методу оперативного втручання у ВІЛ-інфікованих пацієнтів перевагу слід віддавати втручанням, що передбачають мінімальні репаративні витрати, навіть якщо ці операції є умовно-радикальними.

2. ВТС втручання є малотравматичними і високоефективними методами діагностики й лікування захворювань органів грудної порожнини, тому у ВІЛ-інфікованих пацієнтів вони мають бути пріоритетними.

3. Питання надання хірургічної допомоги хворим з ВІЛ/СНІД в державі потребує подальшого вивчення й обговорення з удосконаленням нормативно-правової складової.

4. Частота післяопераційних ускладнень у таких пацієнтів становить 4,4%.

5. Виконання великих оперативних втручань можливе у ретельно відібраних хворих на ВІЛ/СНІД.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фещенко Ю. І. Питання епідеміології та програмні принципи бо-

- ротьби з туберкульозом в сучасних умовах / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. П. Костроміна // Укр. пульмонолог. журн. — 2000. — № 3. — С. 5 — 7.
2. Фещенко Ю. І. Туберкульоз легень в період епідемії: епідеміологічні, клініко-діагностичні, лікувально-профілактичні та організаційні аспекти / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. — К.: Логос, 1998. — 284 с.
 3. Алексеева Л. П. Туберкулез у ВИЧ-інфіцированных и больных СПИДом / Л. П. Алексеева, Э. С. Горбачева, В. М. Груздев // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 2. — С. 16 — 17.
 4. Щербінська А. М. ВІЛ-інфекція / А. М. Щербінська, І. В. Дзюблик // Укр. хіміотерапевт. журн. — 2002. — № 2. — С. 63 — 70.
 5. Thoracoscopy in acquired immunodeficiency syndrome / D. R. Flum, S. D. Steinberg, T. R. Bernik [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1997. — Vol. 114, N 3. — P. 361 — 366.
 6. Блувштейн, Г. А. Миниинвазивные вмешательства в лечении хирургических осложнений у ВИЧ-инфицированных больных / Г. А. Блувштейн, А. А. Кулаков // Эндоск. хирургия — 2009. — № 3. — С. 8 — 11.
 7. Кузин М. И. Хирургические проблемы СПИДа / М. И. Кузин, Н. Н. Крылов // Клин. медицина. — 1991. — № 7. — С. 9 — 15.
 8. Bondo M. HIV infection in general surgical patients at the Ga-Rankuwa/MEDUNSA complex South Africa / M. Bondo, M. C. Modiba, P. Becker // East. Afr. Med. J. — 2001. — Vol. 78, N 8. — P. 395 — 397.
 9. Phillips M. S. Late sequelae of pulmonary tuberculosis treated by thoracoplasty / M. S. Phillips, W. J. Kinnear, J. M. Shneerson // Thorax. — 1987. — Vol. 42. — P. 445 — 451.
 10. Sacala S. R. Prevalence of HIV status and CD4 counts in a surgical cohort: their relationship to clinical outcome / S. R. Sacala, E. Mafana, S. R. Thomson // Ann. Roy. Coll. Surg. Engl. — 2006. — Vol. 46. — P. 46 — 51.
 11. Хирургическая помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом / Г. Г. Смирнов, Е. Н. Булискерия, Н. Н. Хачатрян [и др.] // Хирургия. — 2000. — № 7. — С. 46—50.

