

УДК 616.24-002.5-06:617.55-083.89

*Нгуен Ван Хань, П.В. Строганов, С.А. Гешелин***ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ЖИВОТА  
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ***Одесский национальный медицинский университет*

Число ВИЧ-положительных пациентов среди больных туберкулёзом с острой патологией органов живота, требующих urgentной хирургической помощи, увеличивается. Из 77 оперированных больных 48 (62,3%) были инфицированы ВИЧ. У 37 больных были перфорации туберкулёзных язв тонкой кишки (30 из них – ВИЧ-инфицированы), у 8 были прободения пептической язвы желудка (4 ВИЧ-положительны). У 19 из 30 ВИЧ-положительных больных с перфорациями туберкулёзных язв отсутствовал признак внезапной острой боли; у 15 ВИЧ-положительных больных определить момент перфорации и срок диагностики перитонита не удалось; у 8 пациентов перитонит удалось диагностировать позднее 12 часов от момента перфорации; у 14 ВИЧ-положительных пациентов не определялся «доскообразный» живот; у 14 – этот признак был сомнительным. Из 48 ВИЧ-положительных больных в различные сроки после операции умерли 34, из 29 ВИЧ-негативных больных умерли 7. У ВИЧ-инфицированных больных часто отсутствуют классические признаки перфорации полого органа, уровень летальности значительно выше по сравнению с ВИЧ-негативными пациентами.

**Ключевые слова:** туберкулёз, ВИЧ, острая хирургическая патология.

ВИЧ, одна из самых грозных вирусных инфекций, поразивших человечество. В XXI веке количество ВИЧ-инфицированных людей повсеместно растёт [2-4], а следовательно, увеличивается число ВИЧ-положительных пациентов среди больных с острой патологией органов живота, требующих urgentной хирургической помощи. Многие вопросы диагностики и тактики лечения этих больных остаются нерешёнными.

У больных, поступающих с острой хирургической патологией органов живота в стационары общей лечебной сети, диагностика ВИЧ затруднена. Некоторые больные не знают о том, что они инфицированы ВИЧ, другие скрывают этот факт, многие отказываются от исследования на ВИЧ. Затруднена также диагностика острой хирургической патологии живота у ВИЧ-положительных больных. Нет единства взглядов при выборе оптимального объёма операции [1, 5, 6, 7].

**Цель работы** — определение послеоперационной летальности и уточнение причин смерти у ВИЧ-инфицированных больных, оперированных по поводу острой хирургической патологии органов живота. Для этого были поставлены следующие задачи:

1) определить различия между клиническими признаками острой хирургической патологии живота у ВИЧ-негативных и ВИЧ-положительных больных;

2) определить основные причины смерти ВИЧ-положительных больных, оперированных по

поводу острой хирургической патологии органов живота;

3) определить зависимость исходов ВИЧ-положительных больных, оперированных по поводу острой хирургической патологии живота, от объёма операции.

**Материал и методы**

Были исследованы случаи 77 больных туберкулёзом, urgentно оперированных по поводу острой хирургической патологии живота, среди которых 48 пациентов были ВИЧ-положительными, 39 – ВИЧ-негативными (табл. 1). Выбор пал на больных туберкулёзом в связи с двумя обстоятельствами: 1) больные туберкулёзом находятся на диспансерном учёте и, как правило, проходят обязательное исследование на ВИЧ; 2) туберкулёз – оппортунистическая инфекция, и количество ВИЧ-инфицированных пациентов среди больных туберкулёзом значительно больше, чем в популяции. Кроме того, если у больного, оперированного по поводу острой хирургической патологии в хирургическом отделении общей лечебной сети, диагностируется туберкулёз, этот пациент, как только становится транспортабельным, переводится для лечения в противотуберкулёзный диспансер, где ему в обязательном порядке выполняют исследование на ВИЧ.

**Результаты и обсуждение**

Из 77 urgentно оперированных больных 48 (62,3%) были инфицированы ВИЧ, и лишь 29

(37,7%) оказались ВИЧ-негативными (табл. 1), что оправдывает выбор когорты больных туберкулезом для определения влияния ВИЧ на исходы urgentных хирургических операций. Летальность среди ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом очень высокая, значительно более высокая, чем летальность в популяции не болеющих туберкулезом ВИЧ-негативных пациентов. Основной вклад в летальность внесли ВИЧ-позитивные боль-

ные (34 из 41), в то время как среди 29 ВИЧ-негативных умерли только 7 пациентов (хи-квадрат = 24,19, df=1, хи-критическое = 3,84). При сопоставлении летальности ВИЧ-позитивных больных (34 умерших из 48) с летальностью ВИЧ-негативных (7 из 29) также определяется значительное преобладание летальности ВИЧ-позитивных больных над летальностью ВИЧ-негативных (хи-квадрат = 15,83, df=1, хи-критическое = 3,84).

Таблица 1.

Исходы при острой хирургической патологии органов живота у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом (всего больных/умершие)

Патология	Количество больных			
	Количество	из них ВИЧ-инфицированы	из них ВИЧ-негативны	
Осложнения абдоминального туберкулеза	Перфорация туберкулезных язв тонкой кишки	37 / 25	30 / 23	7 / 2
	Туберкулезный мезаденит	12 / 8	8 / 6	4 / 2
Острая неспецифическая (нетуберкулезная) хирургическая патология	Перфорация пептической язвы желудка	8 / 5	4 / 2	4 / 3
	Ущемленная грыжа	12 / 1	2 / 1	10 / 0
	Острый аппендицит	3 / 0	1 / 0	2 / 0
	Неспецифический илео-тифлит	1 / 1	1 / 1	0 / 0
	Панкреатит	1 / 1	1 / 1	0 / 0
	Абсцесс селезенки	1 / 0	1 / 0	0 / 0
	Забрюшинный абсцесс	1 / 0	0 / 0	1 / 0
Проникающее ранение живота	1 / 0	0 / 0	1 / 0	
Итого	77 / 41	48 / 34	29 / 7	

Таблица 2.

Клинические признаки и сроки диагностики перитонита у больных с перфорацией полого органа

Группа больных		Клинические признаки					Срок диагностики перфорации			Всего
		Внезапное начало		«Доскообразный» живот			до 12 ч.	позднее 12 ч.	неизвестно	
		+	-	+	-	±				
Перфорация туберкулезных язв тонкой кишки	ВИЧ+	11	19	2	14	14	7	8	15	30
	ВИЧ-	6	1	6		1	6	1		7
Перфорация пептических язв желудка	ВИЧ+	4			4		4			4
	ВИЧ-	4		4			4			4
Всего		25	20	12	18	15	21	9	15	45

Примечание: «+» – признак есть, «-» – признака нет, «±» – признак сомнителен

Своеобразие клинических признаков и трудности диагностики наиболее ярко проявились у 45 больных с перитонитом, развившимся вследствие перфорации полого органа (табл. 2). У 37 больных были перфорации туберкулёзных язв тонкой кишки (30 из них – ВИЧ-инфицированы, 7 – ВИЧ-негативны), у 8 были прободения пептической язвы желудка (4 ВИЧ-позитивны, 4 – ВИЧ-негативны).

У большинства ВИЧ-инфицированных больных клиническая картина была атипичной: у 19 больных из 30 отсутствовал признак внезапной острой боли, обычно обозначающей момент перфорации, и позволяющей точно установить время перфорации и срок, прошедший от момента перфорации до диагностики перитонита; у 15 ВИЧ-позитивных больных определить момент перфорации и срок диагностики перитонита не удалось, а у 8 пациентов перитонит удалось диагностировать позднее 12 часов от ориентировочного, определённого по косвенным признакам момента перфорации. У 14 ВИЧ-позитивных пациентов не определялся «доскообразный» живот, у 14 – этот признак был сомнительным.

У ВИЧ-негативных больных, независимо от локализации перфорации, её туберкулёзного или нетуберкулёзного генеза прободение, как правило, манифестирует острой болью в животе, и определение момента перфорации и срока диагностики перитонита не вызывает затруднений.

Представляет интерес сопоставление объёма операций с частотой летальных исходов и их причинами.

Из 77 больных 15 были оперированы в клинике общей хирургии Одесского Национального Медицинского Университета. 3 пациентов с перфорациями полых органов умерли в первые двое суток после операции, 1 – на 11 сутки, это были пациенты с перфорациями полых органов, и мы отнесли их к ранней послеоперационной летальности от прогрессирующего перитонита. 3 больных с перитонитом, вызванным туберкулёзным мезаденитом умерли на 3, 10 и 60 сутки после операции. 8 больных были переведены в Одесский областной противотуберкулёзный диспансер. Там их судьба сложилась по-разному. 6 больных, получив специальную, противотуберкулёзную терапию были выписаны и оставлены на диспансерном учёте. 2 пациентов умерли в про-

тивотуберкулёзном диспансере на 23 и 47 дни после перенесенной операции.

62 больных оперированы в противотуберкулёзном диспансере. Они находились на стационарном лечении по поводу туберкулёза, и катастрофа в брюшной полости наступила в процессе стационарного наблюдения и лечения. 17 больных умерли в течение первых 6 суток после перенесенной операции, 5 пациентов умерли в течение 7-14 суток, 3 больных – между 15-25 сутками, на 44 сутки после операции умер 1 больной. Причиной смерти в ранние сроки послеоперационного периода являлся неразрешенный перитонит, прогрессирующая интоксикация, гнойно-септические осложнения, полиорганная недостаточность, развивающиеся на фоне иммунодефицита ВИЧ-инфицированных.

В поздние сроки, от 71 до 135 суток после перенесенной операции, от прогрессирующего туберкулёза или оппортунистических инфекций умерло 6 больных.

При острой неспецифической (нетуберкулёзной) патологии живота применялась общепринятая хирургическая тактика.

В случае туберкулёзной природы патологии выполняли ушивание перфораций туберкулёзных язв и/или резекцию участка тонкой кишки. При перитоните, вследствие туберкулёзного мезаденита ограничивались диагностической биопсией лимфоузлов, санацией и дренированием брюшной полости.

Резекция кишечника произведена 12 больным (11 ВИЧ-позитивны), из них умерло 8 (все умершие были инфицированы ВИЧ). Ушивание прободений выполнено 25 больным (19 – ВИЧ-позитивны), из них умерло 14 (12 из умерших были инфицированы ВИЧ).

Достоверных различий в уровне летальности ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от объёма операции нет (хи-квадрат = 0,29, df=1, хи-критическое = 3,84).

### **З а к л ю ч е н и е**

У большинства ВИЧ-инфицированных больных отсутствуют классические признаки перфорации полого органа – внезапная острая боль и «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки, что затрудняет своевременную диагностику перитонита.

Из 48 ВИЧ-инфицированных больных после urgentных операций по поводу острой хи-

хрургической патології живота умерли 34 пацієнта, причём в первые 14 суток от прогрессирующего перитонита умерли 23 больных, спустя 15-44 суток умерло 5 больных, 6 пациентов умерли в сроки от 71 до 135 суток. Причиной смерти в поздние сроки были осложнения туберкулёза и оппортунистические инфекции.

Ушивання прободений виконано 19 ВІЧ-позитивним больним, из них умерло 14, резекція тонкої кишки виконана 11 ВІЧ-позитивним пацієнтам, умерло 8 (хи-квадрат = 0,003, df=1, хи-критическое = 3,84). Этот результат свидетельствует о том, что исходы операций у ВІЧ-позитивных не зависят от объёма оперативного вмешательства. Существенное влияние на прогноз оказывает ВІЧ-инфицированность, которая достоверно ухудшает результаты операций по поводу острой хирургической патологии живота. Из 48 ВІЧ-позитивных больных в различные сроки после операции умерли 34, из 29 ВІЧ-негативных больных умерли 7 (хи-квадрат = 15,83, df=1, хи-критическое = 3,84).

#### ГОСТРА ХІРУРГІЧНА ПАТОЛОГІЯ ЖИВОТА У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ.

*Нгуен Ван Хань, П.В. Строганов, С.О. Гешелін*

Кількість ВІЛ-позитивних пацієнтів серед хворих на туберкульоз з гострою патологією органів живота, що вимагають ургентної хірургічної допомоги, збільшується. З 77 оперованих хворих 48 (62,3%) були інфіковані ВІЛ. У 37 хворих були перфорації туберкульозних виразок тонкої кишки (30 з них - ВІЛ-інфіковані), у 8 були прориву виразки шлунка (4 ВІЛ-позитивні). У 19 з 30 ВІЛ-позитивних хворих з перфорацією туберкульозних виразок відсутній ознака раптового гострого болю; у 15 ВІЛ-позитивних хворих визначити момент перфорації і термін діагностики перитоніту не вдалося; у 8 пацієнтів перитоніт вдалося діагностувати пізніше 12 годин від моменту перфорації; у 14 ВІЛ-позитивних пацієнтів не визначався «дошкаподібний» живіт; у 14 - ця ознака була сумнівна. З 48 ВІЛ-позитивних хворих у різні терміни після операції померли 34, з 29 ВІЛ-негативних хворих померли 7. У ВІЛ-інфікованих хворих часто відсутні класичні ознаки перфорації порожнистого органу, рівень летальності значно вище у порівнянні з ВІЛ-негативними пацієнтами.

**Ключові слова:** туберкульоз, ВІЛ, гостра хірургічна патологія.

#### ACUTE ABDOMINAL SURGICAL PATHOLOGY IN HIV-INFECTED PATIENTS WITH TUBERCULOSIS.

*Nguen Van Khanh, PV Stroganov, SA Geshelin*

Number of HIV-positive TB patients with acute abdominal pathology requiring urgent surgical care is increasing. 48 (62,3%) of the 77 operated patients were infected with HIV. 37 patients had perforation of tuberculous ulcers of the small intestine (30 of them were infected with HIV), 8 had perforation of peptic ulcer (4 HIV positive). 19 out of 30 HIV-positive patients with perforations of tuberculous ulcers had no sign of acute pain; we failed to determine the time period of perforation and peritonitis in 15 HIV-positive patients; peritonitis was diagnosed within 12 hours after perforation in 8 patients; in 14 HIV-positive patients was not determined "board like" stomach; at 14 - this sign was doubtful. 34 of the 48 HIV-positive patients died at various intervals after surgery, of the 29 HIV-negative patients died 7. In HIV-infected patients often lack the classic signs of perforation of a hollow organ, the level of mortality is significantly higher compared to HIV-negative patients.

**Keywords:** tuberculosis, HIV, acute surgical pathology.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Блувштейн Г.А. Особенности течения хирургических заболеваний у больных ВИЧ/СПИД / Г.А. Блувштейн, А.А. Кулаков // Хирургия. – 2007. – № 5. – С. 51-55.
2. Вегержинська Н.Д. Епідситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Одеській області, проблемні питання та шляхи їх вирішення / Н.Д. Вегержинська, О.В. Волков, В.І. Лісецька // Актуальні проблеми профілактики особливо небезпечних інфекцій та біологічної безпеки. – Одеса. – 18-20 вересня 2007 р. – С. 59-61.
3. Гопко Н.В. Заходи по попередженню поширення ВІЛ-інфекції в Чернівецькій області. / Н.В. Гопко, І.К. Ковалевська // Актуальні проблеми профілактики особливо небезпечних інфекцій та біологічної безпеки. – Одеса. – 18-20 вересня 2007 р. – С. 63-64.
4. Котлик Л.С. Стратегія тестування на ВИЧ-інфекцію в Одеській області. / Л.С. Котлик, В.І. Лісецька, С.С. Чернявська [и др.] // Актуальні проблеми профілактики особливо небезпечних інфекцій та біологічної безпеки. – Одеса. – 18-20 вересня 2007 р. – С. 40-42.
5. Осингольц С.Л. Хирургические осложнения у ВИЧ-инфицированных больных СПИДом / С.Л. Осингольц, В.А. Шуляренко, З.З. Параций [и др.] // Науковий вісник Ужгородського університету. – 1999. – № 10. – С. 140-142.
6. Смирнов Г.Г. Хирургическая помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом / Г.Г. Смирнов, Т.Н. Булискерия, Н.Н. Хачатрян [и др.] // Хирургия. – 2000. – № 7. – С. 46-50.
7. Шипулин П.П. Резекция пищевода по поводу рубцового стеноза на фоне СПИДА / П.П. Шипулин, В.А. Мартынюк // Клінічна хірургія. – 2007. – № 9. – С. 60-61.

Стаття надійшла 11.03.2011