

ПРИМЕНЕНИЕ ОТСРОЧЕННОГО АНАСТОМОЗА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ЯЗВ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Р.В. Мальцев, М.С. Скопин, А.Н. Филиппов, М.Н. Решетников

*ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента
здравоохранения г. Москвы»*

THE DEFERRED ANASTOMOSIS IN SURGICAL TREATMENT OF PERFORATIVE TUBERCULOUS INTESTINAL ULCERS IN HIV-POSITIVE PATIENTS

R.V. Malzev, M.S. Scopin, A.N. Filippov, M.N. Reshetnikov

Приведены результаты хирургического лечения перфоративных туберкулезных язв кишечника у 76 больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. В I группе (n = 40) выполняли резекцию кишки с перфоративными язвами, первичный анастомоз не накладывали, заглушали приводящий и отводящий участки кишки, оставляя их в брюшной полости, производили назоинтестинальную интубацию, санационные релапаротомии, антибактериальную терапию, парентеральное питание. После стихания перитонита накладывали анастомоз. Во II группе (n = 36) резекцию кишки завершали наложением первичного анастомоза, производили назоинтестинальную интубацию, программные санации брюшной полости. В I группе больных результаты лечения оказались лучше, несостоятельности анастомозов не наблюдали, перфорации новых туберкулезных язв кишечника отмечены у 8 (20,0%) больных, умерло 22 пациента (55,0%). Во II группе больных результаты лечения были хуже: умерло 28 (77,8%) пациентов, у 18 (50,0%) отмечены новые перфорации кишки (в том числе в зоне анастомоза) и прогрессирование перитонита, что потребовало выполнения повторных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: туберкулез кишечника, ВИЧ-инфекция, перфорация язвы, перитонит, абдоминальный туберкулез, хирургическое лечение.

76 patients with perforative tuberculous intestinal ulcers and HIV-infection were underwent surgical treatment. Resection of intestine without primary anastomosis performed in 40 patients (group I). Adducent and abducent parts were sutured tightly, nasointestinal tube was inserted. Sanifying relaparotomies, antibacterial therapy, parenteral nutrition were done. Intestinal anastomosis was performed after regression of peritonitis. In group II (n = 36) intestinal resection was finished by primary anastomosis with nasointestinal intubation and following program sanitations of the abdominal cavity. The results of the surgery were better in group I: there were no cases of anastomosis insufficiency, new ulcer perforations arise in 8 (20,0%) patients, 22 (55,0%) patients died. In group II 28 (77,8%) patients died, new ulcer perforations (including anastomosis zone) and peritonitis progression developed in 18 (50,0%) which required re-operation.

Keywords: intestinal tuberculosis, HIV-infection, ulcer perforation, peritonitis, abdominal tuberculosis, surgical treatment.

Введение

Высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией приводит к увеличению числа случаев туберкулеза множественных локализаций [1, 2, 3, 5, 7, 8, 9]. Абдоминальный туберкулез (АТ) составляет около 1/4 среди прочих специфических поражений

у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции [1]. Наиболее грозным осложнением АТ является перфорация туберкулезных язв кишечника, летальность при которых может достигать до 80% [4, 6].

Цель исследования

Улучшить результаты хирургического лечения перфоративных туберкулезных язв кишечника у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции за счет резекции пораженного отдела кишки с наложением отсроченного анастомоза (после стихания явлений перитонита) и проведения программных санаций брюшной полости.

Материал и методы исследования

В исследование включено 76 пациентов с ВИЧ-инфекцией в стадии 4В и перфоративными туберкулезными язвами кишечника, находившихся на лечении в хирургическом отделении МНПЦ борьбы с туберкулезом в 2006-2012 гг. Для обследования пациентов использованы рентгенологические (обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости), эндоскопические (лапароскопия), лабораторные и патоморфологические методы. Изучены иммунный статус и вирусная нагрузка. Проведены гистологическое, микробиологическое (бактериоскопия по Цилю-Нельсену, люминесцентная микроскопия) и молекулярно-генетическое изучение операционного материала. Для оценки тяжести перитонита применяли Мангеймский перитонеальный индекс. Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью программы Primer of Biostatistics for Windows (McGraw-Hill Medical).

Все пациенты поступали в тяжелом состоянии и оперированы в экстренном порядке. В зависимости от локализации язв производили резекцию тонкой кишки или правостороннюю гемиколэктомию. Операции завершали назоинтестинальной интубацией (НИИ), санацией и дренированием брюшной полости. Проводили инфузионную, антибактериальную, противотуберкулезную (стандартный IIb режим), антиретровирусную терапию, нутритивную поддержку (парентеральное питание смесями «Дипептивен», «Кабивен», «Олеклиномель», энтеральное зондовое питание смесями «Нутриен-стандарт», «Нутрен-фтизио»).

В зависимости от тактики хирургического лечения пациенты были разделены на две группы.

В I группе (40 пациентов) первичный анастомоз не накладывали, оставляя сформированные культы приводящего и отводящего отделов кишечника в брюшной полости и осуществляя декомпрессию приводящего отдела кишечника посредством назоинтестинального зонда. Выполняли санационные релапаротомии с интервалом в 48 часов (от двух до пяти санаций). После стихания перитонита накладывали двухрядный анастомоз непрерывным швом на атравматической игле.

Во II группе (36 больных) резекцию кишки завершали моментным наложением анастомоза, НИИ, проводили программные санации брюшной полости.

Таблица. Результаты хирургического лечения больных с перфоративными туберкулезными язвами кишечника и ВИЧ-инфекцией.

Группы больных	Число больных	Осложнения в послеоперационном периоде		Умерло	
		абс.	%	абс.	%
I группа	40	8	20,0	22	55,0
II группа	36	18	50,0	28	77,8
Итого	76	26	34,2	50	65,8

Результаты

У всех пациентов туберкулез носил распространенный характер, с вовлечением легких, медиастинальных лимфатических узлов и кишечника. Во время операции обнаружено, что превалировало тотальное язвенное поражение кишки с множественными перфорациями язв, казеозным расплавлением мезентериальных лимфатических узлов и перитонитом (у 64 из 76 больных – 84,2%). Перитонит у всех пациентов был распространенным, экссудат – фибринозно-гнойным, Мангеймский перитонеальный индекс колебался в пределах 25-30 баллов. Перитонит отличался торпидным течением с длительным сохранением серозно-гнойной экссудации и вялым восстановлением перистальтики кишечника. Из отделяемого брюшной полости высеивали *Escherichia coli* (в 35% случаев – в ассоциации с *Enterococcus faecium*), у 25% больных методом люминесцентной микроскопии выявлены кислотоустойчивые микобактерии.

В лабораторных показателях преобладали анемия, отсутствие лейкоцитоза или даже снижение числа лейкоцитов, лимфоцитопения, снижение уровня общего белка и альбумина. Уровень CD4-клеток не превышал 200 в 1 мкл.

В I группе результаты лечения были лучше: наблюдали более быстрое стихание перитонита (на 5-10 сутки), при этом несостоятельности анастомозов не наблюдали, перфорации новых туберкулезных язв кишечника отмечены у восьми (20,0%) больных. Умерло 22 (55,0%) пациента, поступивших в крайне тяжелом состоянии; причиной смерти явилась нарастающая полиорганная недостаточность в течение первых трех суток пребывания больных в стационаре на фоне глубокого иммунодефицита.

Во II группе у 18 больных (50,0%) отмечены новые перфорации кишки (в том числе в зоне анастомоза) и прогрессирование перитонита, что потребовало выполнения повторных оперативных вмешательств (резекции участка кишки с несостоятельным анастомозом, ушивание новых перфораций); умерло 28 (77,8%) пациентов (табл.)

Выводы

1. Резекция кишки с отсроченным наложением анастомоза в совокупности с НИИ, полным парентеральным питанием, программными санациями брюшной полости и адекватной

противотуберкулезной терапией позволили снизить процент послеоперационных осложнений у больных с перфоративными туберкулезными язвами на поздних стадиях ВИЧ-инфекции с 50,0% до 20,0% и уменьшить летальность с 77,8% до 55,0% ($p < 0,05$).

2. Предложенная методика хирургического лечения перфоративных туберкулезных язв кишечника в условиях глубокого иммунодефицита и тяжелого перитонита способствует уменьшению вероятности развития новых перфораций кишки и несостоятельности анастомоза в послеоперационном периоде.

3. Использование метода наложения отсроченного анастомоза в условиях тяжелого перитонита, предложенного как альтернатива энтеростоме, позволяет избежать тяжелого дерматита передней брюшной стенки в послеоперационном периоде, упростить уход за больными и избавляет от необходимости приобретения дорогостоящих калоприемников и большого количества перевязочного материала, облегчает работу среднего медицинского персонала.

Литература

1. Батыров Ф.А., Пархоменко Ю.Г., Фролова О.П. Морфологические особенности генерализованного туберкулезного процесса у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции // Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. – М., 2004. – С. 113-115.
2. Ерохин В.В., Корнилова З.Х., Алексеева Л.П. Особенности выявления и клиники туберкулеза у ВИЧ-инфицированных // Пробл. туберкулеза. – 2005. – № 10. – С. 20-28.
3. Корнилова З.Х., Зюзя Ю.Р., Алексеева Л.П. и др. Клинико-морфологические особенности туберкулеза при ВИЧ-инфекции // Пробл. туберкулеза. – 2008. – № 10. – С. 13-20.
4. Савоненкова Л.М., Арямкина О.Л. Осложнения и исходы абдоминального туберкулеза // Анналы хирургии. – 2006. – № 4. – С. 52-55.
5. Скопин М.С., Батыров Ф.А., Корнилова З.Х. Распространенность туберкулеза органов брюшной полости и особенности его выявления // Пробл. туберкулеза. – 2007. – № 1. – С. 22-26.
6. Скопин М.С., Батыров Ф.А. Туберкулез органов брюшной полости у больных ВИЧ-инфекцией // Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией: Материалы конф., Москва, 18-19 апреля 2007 г. – М., 2007. – С. 51-52.
7. Фролова О.П. Эпидемическая ситуация по туберкулезу среди больных ВИЧ-инфекцией в России и система мер его профилактики // Пробл. туберкулеза. – 2001. – № 5. – С. 31-34.
8. Badri M., Ehrlich R, Wood R. et al. Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area // J. Tuberc. Lung. Dis. – 2001. – N. 5. – P. 225-232.
9. Toossi Z. Virological and immunological impact of tuberculosis on human immunodeficiency virus type 1 disease // J. Infect. Dis. – 2003. – Vol. 188. – N. 8. – P. 1146—1155.

Сведения об авторах

Мальцев Роман Владимирович – заведующий туберкулезным хирургическим отделением Клиники № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Барболина, д. 3

Тел.: +7 (499) 268-66-00, + 7 (903) 573-50-38

Скопин Михаил Сергеевич – врач-хирург туберкулезного хирургического отделения Клиники № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Барболина, д. 3

Тел.: +7 (499) 268-28-10, +7 (495) 750-85-79, + 7 (916) 319-62-27

e-mail: scopin.ms@mail.ru

Филиппов Андрей Николаевич – врач-хирург туберкулезного хирургического отделения Клиники № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Барболина, д. 3

Тел. +7 (499) 268-28-10

Решетников Михаил Николаевич – врач-хирург туберкулезного хирургического отделения Клиники № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Барболина, д. 3

Тел.: +7 (499) 268-28-10, + 7 (910) 481-62-07

Факс +7 (499) 268-67-36

e-mail: neipogen@list.ru, 4992682810@mail.ru