

УДК 617.584–089.873
ББК 54.561

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

*Н.М. ШЛЕПОТИНА – ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России
E-mail: teremok99@yandex.ru*

Аннотация

С учетом имеющихся у ВИЧ-положительных лиц тяжелых иммунологических нарушений особую значимость в структуре хирургической патологии приобретают хирургические инфекции. С целью исследования особенностей клинического течения абдоминальных хирургических инфекций у пациентов с ВИЧ-инфекцией было произведено ретроспективное когортное исследование, в ходе которого было установлено, что при поздних стадиях ВИЧ-инфекции наблюдается более частое развитие осложнений, чаще требуется проведение релапаротомий и выше летальность по сравнению с более ранними стадиями инфекции.

Ключевые слова: абдоминальные хирургические инфекции, вирус иммунодефицита человека.

Актуальность. На сегодняшний день распространенность инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) неуклонно растет на всех континентах Земного шара, за исключением Антарктиды. За год в мире инфицируется около 5 млн. человек. С 1981 года, когда впервые были описаны случаи ВИЧ-инфекции, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) в мире унес 25 млн. жизней. Особенно уязвимым в плане заражения ВИЧ-инфекцией является молодое, трудоспособное поколение, так как среди инфицированных данным вирусом доля лиц до 30 лет составляет около 73% [1]. В России заболеваемость ВИЧ по данным на 2013 год составила 35,7 на 100 тыс. населения, при этом соответствующий показатель по Челябинской области составил 56,2 на 100 тыс. населения [2]. Среди пациентов хирургического профиля количество ВИЧ-инфицированных составляет около 5% [3]. С учетом имеющихся у ВИЧ-положительных лиц тяжелых иммунологических нарушений особую значимость в структуре хирургической патологии приобретают хирургические инфекции. Хирургические инфекции - это разнообразные по этиологии, топографо-анатомической принадлежности, патоморфологии и клиническим формам заболевания с присущим им инфекционным процессом, объединенные одним общим признаком - потребностью в инвазивных хирургических методах диагностики и лечения [4]. В нозологической структуре хирургических инфекций ведущие места занимает интраабдоминальная патология [5]. В процессе изучения хирургических инфекций в популяции ВИЧ-положительных пациентов было установлено, что у таких лиц достоверно чаще развиваются осложнения в послеоперационном периоде, при этом течение инфекционно-воспалительного процесса и исход заболевания находятся в прямой зависимости от стадии ВИЧ-инфекции [6].

Цель исследования. Исследование особенностей нозологической структуры и особенностей клинического течения абдоминальных хирургических инфекций у пациентов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Произведено ретроспективное когортное исследование с анализом данных карт стационарных больных (форма № 003/у) за период с января по декабрь 2013 года на базах отделений гнойной хирургии НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст.

Челябинск" ОАО "РЖД" и ГБУЗ "Областная клиническая больница № 2" г. Челябинска. В исследование были включены 32 карты стационарных больных с различными нозологическими формами абдоминальной хирургической инфекции и установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. С помощью экстенсивных показателей была оценена возрастная и нозологическая структура данной когорты. Прогнозирование клинического течения перитонита было проведено с помощью интегральной (шкалы APACHE II) и специфических (Мангеймский индекс перитонита (MPI), прогностический индекс релапаротомий (ПИР)) шкал оценки тяжести состояния.

Результаты исследования. Средний возраст в исследуемой когорте составил 36,0 лет (25; 47). Доля лиц женского пола в изучаемой популяции составила 43,8% (n=14), удельный вес мужчин - 56,2% (n=18). Среди нозологических форм абдоминальных хирургических инфекций основными заболеваниями в структуре клинического диагноза явились криптогенные абсцессы брюшной полости (местный перитонит) (n=10; 31,3%), травмы органов брюшной полости (n=8; 25,0%), воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (n=6; 18,8%), острый флегмонозный/гангренозный аппендицит (n=4; 12,5%), осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (n=2; 5,6%), асептический аутоиммунный гранулематозный перитонит (n=1; 2,8%), острый гнойный мезаденит (n=1; 2,8%). Различные формы перитонита были зарегистрированы в исследуемой популяции в 28 случаях (87,5%) случаев. Очаговый туберкулез легких наблюдался у 6 пациентов (18,8%), диссеминированный туберкулез легких - у 1 пациента (3,1%). Среднее число койко-дней, проведенных в стационаре составило 23,3 дня (1; 86). Летальные исходы были зафиксированы у 7 пациентов (21,9%), причиной смерти во всех изучаемых случаях послужил инфекционно-токсический шок. По результатам бактериологического исследования из абдоминальных очагов инфекции грамположительная флора была выделена в биологическом материале у 19 пациентов (59,4%), грамотрицательная флора - у 14 пациентов (43,8%), *M. tuberculosis* - у 5 пациентов (15,6%).

В исследуемой нозологической популяции у 3 пациентов (9,4%) была установлена ПВ стадия ВИЧ-инфекции, у 11 пациентов (34,4%) - ША стадия, у 9 пациентов (28,1%) - ШБ стадия, у 2 пациентов (6,3%) - ШВ стадия, у 5 пациентов (15,6%) - IV стадия ВИЧ-инфекции (классификация по В.И. Покровскому и В.В. Покровскому, 1989). Осложненное течение послеоперационного периода (абсцессы, флегмоны в области операционной раны, инфекционно-токсический шок) наблюдалось у 52,0% пациентов (n=13) с ПВ, ША и ШБ стадиями ВИЧ-инфекции, а также у 100% пациентов (n=7) с ШВ и IV стадиями. Среднее число койко-дней, проведенных в стационаре пациентами с ПВ, ША и ШБ стадиями ВИЧ-инфекции, составило 18,7 дней (1; 31). Среднее число койко-дней, проведенных в стационаре пациентами с ШВ и IV стадиями ВИЧ-инфекции, составило 24,8 дней (11; 86). Различные формы перитонита были отмечены у 21 пациента с ПВ, ША и ШБ стадиями заболевания (84,0%); у 7 пациентов с ШВ и IV стадиями (100%). Летальные исходы наблюдались у 6 пациентов из 7 больных с ШВ и IV стадией ВИЧ-инфекции (85,7%) и у 1 пациента (ШБ стадия) из 25 больных с ПВ, ША и ШБ стадиями (4,0%).

При оценке по интегральной шкале APACHE II были получены следующие результаты: менее 10 баллов - у 19 пациентов (67,9%), 10 - 19 баллов - у 5 пациентов (17,9%), 20 - 29 баллов - у 4 пациентов (14,3%). При оценке MPI, специально разработанного для прогнозирования исходов гнойного перитонита (у 78,6% (n=22) пациентов было верифицировано наличие гнойного и у 3 пациентов (10,7%) - наличие фибринозно-гнойного экссудата), значения ниже 20 баллов были получены у 18 пациентов (72,0%), 21 - 29 баллов - у 5 пациентов (20,0%), более 30 баллов - у 2 пациентов (8,0%). С помощью ПИР был в исследуемой когорте был оценен риск повторных оперативных вмешательств: менее 10 баллов - у 19 пациентов (67,9%), 13 - 14 баллов - у 1 пациента (3,6%), 15 и более баллов - у 8 пациентов (28,6%). Релапаротомии при перитоните были проведены у 10 пациентов (35,7%). Частота релапаротомий при перитоните среди пациентов с ПВ, ША и ШБ стадиями ВИЧ

инфекций составила 19,1% (n=4); среди пациентов с III и IV стадиями ВИЧ-инфекции - 85,7% (n=6).

Выводы. 1. Среди нозологических форм абдоминальных хирургических инфекций у пациентов с ВИЧ-положительным статусом преобладают криптогенные абсцессы брюшной полости (местный перитонит) (n=10; 31,3%), травмы органов брюшной полости (n=8; 25,0%), воспалительные заболевания органов малого таза (n=6; 18,8%). 2. Различные клинические формы туберкулеза как коморбидная патология в исследуемой когорте были выявлены в 21,9% случаев. 3. У пациентов данной нозологической группы частота летальных исходов составила 21,9% случаев. 4. У большинства пациентов были верифицированы III стадия (34,4%) и IIIБ стадия (28,1%) ВИЧ-инфекции. 5. Частота релапаротомий (85,7%) и частота развития осложнений в послеоперационном периоде (100%) оказались выше среди пациентов с III и IV стадиями ВИЧ-инфекции. 6. Частота летальных исходов оказалась выше среди пациентов с III и IV стадиями ВИЧ-инфекции (85,7%). 7. Большинство пациентов с ВИЧ-положительным статусом имели оценку по интегральной шкале APACHE II менее 10 баллов, прогностическая летальность при которой, по данным Савельева В.С. (2006), составляет 0%. 8. Большинство пациентов с ВИЧ-положительным статусом имели оценку по МРІ менее 20 баллов, при которой прогнозируемая частота развития осложнений составляет, по данным Гридчика И.Е. (2004), до 20%, а прогнозируемая летальность - до 5%. 9. При оценке с помощью ПИР у большинства пациентов (67,9%) данной когорты риск релапаротомий, по данным J.F. Pusajo (1993), составлял 8,7% (ПИР менее 10 баллов).

Список литературы

1. Ладная, Н.Н. Пособие для медицинских работников "Постконтактная профилактика заражения ВИЧ-инфекцией" / Н.Н. Ладная, Р.С. Нарсия, О.Г. Юрин, Н.В. и др. - М., 2009. - 40 С.
2. <http://spid-vich.info/vich-infekciya-v-rossiyskoj-federacii-v-2013-g-na-01092013>
3. Кулаков, А.А. Хирургические заболевания у больных ВИЧ-инфекцией / А.А. Кулаков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2005. - № 2. - С. 95-99
4. Ерюхин, И.А. Проблемы перитонита и абдоминального сепсиса / И.А. Ерюхин, С.А. Шляпников // Consilium Medicum. - 2005. - Т. 7, № 6. - С. 468 - 472
5. Савельев, В.С. Сепсис в хирургии: современное состояние проблемы / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, В.А. Гологорский // Врач. - 2000. - № 10. - С. 3 - 6
6. Евсюков, О.А. Острый аппендицит и острый панкреатит у ВИЧ-инфицированных больных: автореф. диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / О.А. Евсюков. - Москва. - 2010. - 25 С.

FEATURES OF COURSE OF ABDOMINAL SURGICAL INFECTIONS IN PATIENTS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

N.M. SHLEPOTINA – SUSMU

Abstract

According to existing heavy immunological disorders in HIV-positive persons surgical infections are particularly important for ones. To investigate the clinical course of abdominal surgical infections in patients with HIV a retrospective cohort study was done. In this study it was found that complications developed at later stages of HIV-infection more frequently than ones developed in patients with more early stages of infection. These positions are valid for mortality and relaparotomies in this group.

Keywords: *abdominal surgical infections, human immunodeficiency virus.*

References

1. Ladnaya, N.N. Study guide for medical workers "Post-exposure prophylaxis for HIV infection" / N.N. Ladnaya, R.S. Narsia, O.G. Yurin, et al. - M., 2009. - P. 40.
2. <http://spid-vich.info/vich-infekciya-v-rossiyskoy-federacii-v-2013-g-na-01092013>
3. Kulakov, A.A. Surgical diseases in patients with HIV / A.A. Kulakov // Bulletin of surgery. of I.I. Grekov. - 2005. - № 2. - P. 95-99
4. Eryukhin, I.A. Problems of peritonitis and abdominal sepsis / I.A. Eryuhin, S.A. Shlyapnikov // Consilium Medicum. - 2005. - V. 7, № 6. - P. 468 - 472
5. Saveliev, V.S. Sepsis in surgery: the modern state of problem / V.S. Savelyev, B.R. Gelfand, V.A. Gologorsky // Doctor. - 2000. - № 10. - P. 3 - 6
6. Yevsyukov, O.A. Acute appendicitis and acute pancreatitis in HIV-infected patients: Author. dissertation for the degree of candidate of medical sciences / O.A. Yevsyukov. - Moscow. - 2010.- 25 P.