них в 1 случае диагноз подтвержден при аутопсии, в 1 случае – на основании клинико-рентгенологических данных и эффекта от терапии ко-тримаксозолом. По данным рентгенологического исследования при наличии ПП в качестве моноинфекции ($n = 26$) у 12 (46,2%) пациентов преобладали изменения в легких интерстициального характера, у 12 (46,2%) – определялись инфильтративные тени различной протяженности, у 2 (7,8%) – имели место множественные тонкостенные полости, у 1 (2,8%) пациента патологических изменений не было. Среди пациентов с сочетанием ПП и ТБ ($n = 11$) у 8 (72,7%) визуализировались множественные очаговые тени в легочной ткани, у 8 (72,7%) – было увеличение внутригрудных лимфатических узлов, у 4 (27,3%) – инфильтративные изменения, по 1 случаю имелись множественные тонкостенные полости, только интростигиальные изменения в легких в сочетании с увеличением внутригрудных лимфатических узлов.

Терапию ко-тримаксозолом получали 36 пациентов, 1 – в связи с непереносимостью ко-тримаксозола назначен клиндамицин. Летальный исход наступил у 13/37 (35,1%) пациентов, среднее количество $CD4^+$ -лимфоцитов у них составило $12,0 \pm 1,7$ кл/мкл. Основными причинами леталь-

ных исходов явились позднее обращение за медицинской помощью и госпитализация в крайне тяжелом состоянии с прогрессирующей полиорганной недостаточностью.

Заключение. Сплошной ретроспективный анализ случаев ПП у больных с ВИЧ-инфекцией показал, что в 70% случаев она выявлялась как моноинфекция, а в 30% – в сочетании с генерализованным туберкулезом. Основные клинические проявления были типичными: одышка (91,9%), лихорадка (94,6%), сухой мучительный кашель (51,4%). Заболевшие характеризовались крайне низким иммунным статусом (среднее количество $CD4^+$ -лимфоцитов – 32,1 кл/мкл), более чем у трети больных уровень $CD4^+$ не превышал 10 кл/мкл. При этом у трети пациентов ВИЧ-инфекция установлена одновременно с выявлением ПП. При наличии клинических признаков иммунодефицита у пациентов с неизвестным ВИЧ-статусом необходима высокая настороженность врачей ПМСП в отношении ПП.

Пьянзова Татьяна Владимировна
(Tatiana V. Pyanzova)
E-mail: tatyana_vezhnina@mail.ru

DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-1-64-65

АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Решетников М. Н.¹, Плоткин Д. В.^{1,2}, Синецын М. В.¹, Абу Аркуб Т. И.¹

¹ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы», клиника № 2, г. Москва, РФ

²ФГБОУ ВО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, РФ

ABDOMINAL TUBERCULOSIS: EMERGENCY SURGERY IN ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Reshetnikov M. N.¹, Plotkin D. V.^{1,2}, Sinitsyn M. V.¹, Abu Arkub T. I.¹

¹Moscow Municipal Scientific Practical Center of Tuberculosis Control, Clinic no. 2, Moscow, Russia

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Острая кишечная непроходимость (ОКН) занимает пятое место среди экстренной хирургической патологии (6-9% от всех urgentных хирургических больных) и второе – по частоте летальных исходов в послеоперационном периоде (до 25%). Развитие генерализованного туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции вновь сделало актуальной проблему кишечной непроходимости туберкулезной этиологии.

Цель исследования: анализ результатов диагностики и хирургического лечения больных с ОКН туберкулезной этиологии.

Материал и методы: медицинские документы 62 пациентов с ОКН туберкулезной этиологии, оперированных в туберкулезном хирургическом отделении клиники № 2 Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом в период 2007-2018 гг. Мужчин было 46 (74,2%), женщин – 16 (25,8%), возраст больных колебался от 21 до 61 года, у всех пациентов диагностирован туберкулез легких и у 37 (59,7%) человек – ВИЧ-инфекция стадии 4В. Пациентам проведено комплексное диагностическое обследование, включавшее: лучевые и эндоскопические методы, лабораторные

исследования крови и мочи, иммунного статуса, исследование мокроты, мочи, каловых масс на предмет обнаружения микобактерий туберкулеза.

Результаты. Развитие ОКН как первое проявление туберкулеза кишечника диагностировано у 49/62 (79,0%) пациентов. У 42/62 (67,7%) пациентов явления кишечной непроходимости развивались постепенно: длительное время беспокоили периодические спастические боли в животе без четкой локализации, метеоризм, жидкий стул, сменяющийся запорами. Среди форм туберкулеза легких преобладали двусторонние процессы, самую многочисленную группу составили больные инфильтративным и диссеминированным туберкулезом легких – всего 40 (64,5%) человек. У всех пациентов с ВИЧ-инфекцией был туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, нередко туберкулезный процесс носил распространенный характер, включающий поражение легких, центральной нервной системы, периферических лимфатических узлов.

Все пациенты были оперированы в экстренном и срочном порядке после проведения предоперационной подготовки в сроки 6-24 ч. Диагноз ОКН устанавливали исходя из критериев «Национальных клинических рекомендаций по кишечной непроходимости». По непосредственной причине кишечной непроходимости пациенты разделены на две группы.

В 1-ю группу включен 41/62 (66,1%) пациент со стенозирующими язвами терминального отдела подвздошной и правой половины ободочной кишки, которым выполнена резекция пораженного отдела тонкой кишки и/или правосторонняя гемиколэктомия. Наложение первичного анастомоза выполнено у 34 (54,8%) пациентов, у 7 (11,3%) – первичный анастомоз не накладывали ввиду резкой дилатации петель кишки – выполняли наложение отсроченного межкишечного анастомоза. В 1-й группе пациентов в раннем послеоперационном периоде несостоятельности межкишечных анастомозов не наблюдалось, течение послеоперационного периода было относительно гладким, сроки выздоровления варьировали от 12 до 21 сут. Позже от прогрессирования туберкулеза умерло 4/41 (9,8%) пациента этой группы.

Во 2-ю группу включен 21/62 (33,9%) пациент, у всех кишечная непроходимость была вызвана адгезивным процессом из-за абсцедирующего туберкулезного мезаденита или первичного туберкулезного перитонита. На операции выявлен спаечный процесс между петлями тонкой и толстой кишки, спаянными в единый конгломерат. Операция у них

заключалась в разделении рыхлого конгломерата петель тонкой кишки, адгезиолизисе и тщательной санации брюшной полости с последующим дренированием и назоинтестинальной интубацией. Тщательное разделение слипчивого конгломерата выполнено у 6 пациентов, что сопровождалось травматизацией серозного покрова тонкой кишки, это у 3 пациентов привело к развитию в раннем послеоперационном периоде перфораций и вторичного перитонита и потребовало повторных операций. Летальный исход на 3-7-е сут констатирован у 4 пациентов на фоне нарастающей интоксикации, иммунодефицита и полиорганной дисфункции. В 6 других случаях во время операции разделение конгломератов не проводили ввиду технических трудностей, выполнены лишь декомпрессия начальных отделов тощей кишки, санация и дренирование брюшной полости, пациенты переводились на парентеральное питание и интенсивный курс противотуберкулезной терапии. Явления кишечной непроходимости разрешались консервативным путем. Во 2-й группе больных летальный исход после операции зарегистрирован у 7/21 (33,3%) пациентов на фоне прогрессирования ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

После операции результаты лечения пациентов 1-й группы с радикальным удалением участка кишки, несущим туберкулезные язвы, на фоне адекватной химиотерапии и приверженности лечению были лучше, чем во 2-й группе. Результаты лечения пациентов 2-й группы были хуже из-за вялотекущего туберкулезного перитонита, прогрессирующего деструктивного легочного процесса, выраженной интоксикации и невозможности радикального удаления пораженных участков кишки.

Заключение. При кишечной непроходимости, вызванной стенозирующими туберкулезными язвами, операцией выбора является резекция пораженного участка кишки в пределах здоровых тканей с наложением первичного межкишечного анастомоза.

При воспалительных конгломератах брюшной полости, вызванных туберкулезным процессом и приводящим к явлениям кишечной непроходимости, оперативное вмешательство должно заключаться в декомпрессии верхних отделов пищеварительного тракта с последующим переводом пациента на полное парентеральное питание и назначением интенсивной противотуберкулезной терапии.

*Решетников Михаил Николаевич
(Mikhail N. Reshetnikov)
E-mail: taxol@bk.ru*