

ние в настоящий момент неизлечимо). На самом деле их самооценка низкая: они считают себя неспособными добиться успеха в различных видах деятельности. Возможно, данное обстоятельство связано с их зависимостью от состояния здоровья, в то время как пациенты с впервые выявленным туберкулезом в начале лечения не ставят свою жизнь в зависимость от медикаментозного лечения. Медицинскому персоналу возможно иногда манипулировать их бравадой для достижения лечебных целей, но «взывание к совести» или другим социальным нормам неэффективно. Необходимо контролировать выполнение медикаментозных

назначений пациентами с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез вследствие их низкой дисциплинированности, безответственности и небрежности в выполнении социальных норм. В сравнении с больными инфильтративным туберкулезом легких пациенты с ассоциированной инфекцией обладают менее развитым логическим мышлением и умственными способностями, слабым познавательным интересом, медленной обучаемостью, поэтому общение необходимо выстраивать на доступном уровне, не надеяться на стендовую информацию, буклеты и т. п., а проводить устные разъяснительные беседы.

---

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

СКОПИН М. С., ЗУБАНЬ О. Н., РЕШЕТНИКОВ М. Н.

### SURGERY TACTICS FOR TUBERCULOSIS COLITIS IN HIV PATIENTS

SKOPIN M. S., ZUBAN O. N., RESHETNIKOV M. N.

ГКУЗ «Московский городской НПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

Moscow Municipal Scientific Practical Center of Tuberculosis Control, Health Department of Moscow, Moscow, RF

---

**Цель:** улучшение результатов хирургического лечения перфоративных туберкулезных язв кишечника у больных ВИЧ-инфекцией путем резекции кишки с наложением отсроченного анастомоза (после стихания перитонита) и применения программных санаций брюшной полости.

**Материалы и методы.** С 2006 по 2012 г. оперировано в экстренном порядке 76 пациентов с ВИЧ-инфекцией в стадии 4В и перфоративными туберкулезными язвами кишечника. В зависимости от локализации язв производили резекцию тонкой кишки или правостороннюю гемиколэктомию. В 1-й группе ( $n = 40$ ) первичный анастомоз не накладывали, осуществляя назоинтестинальную интубацию, оставляя сформированные культя приводящего и отводящего отделов кишечника в брюшной полости. Выполняли санационные релапаротомии с интервалом в 48 ч (2-5 санаций). После стихания перитонита накладывали двухрядный анастомоз. Во 2-й группе ( $n = 36$ ) резекцию кишки завершали одномоментным наложением анастомоза, назоинте-

стиальной интубацией, применяли программные санации брюшной полости.

**Результаты.** В 1-й группе наблюдали более быстрое стихание перитонита (на 5-10-е сут), при этом несостоятельности анастомозов не отмечали, перфорации новых язв обнаружены у 8 (20,0%) больных. Умерло 22 (55,0%) пациента в течение 1-3 сут их пребывания в стационаре. Во 2-й группе умерло 28 (77,8%) пациентов, у 18 (50,0%) из них отмечены новые специфические язвы кишечника и прогрессирование перитонита, что потребовало выполнения повторных оперативных вмешательств.

**Заключение.** Резекция кишки с отсроченным наложением анастомоза в совокупности с назоинтестинальной интубацией, полным парентеральным питанием, программными санациями брюшной полости и противотуберкулезной терапией у больных с перфоративными туберкулезными язвами кишечника и ВИЧ-инфекцией позволила снизить долю послеоперационных осложнений с 50,0 до 20,0% ( $p < 0,05$ ) и уменьшить летальность с 77,8 до 55,0%.