

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ СПИДОМ

Осинголец С.Л., Шуляренко В.А., Парацый З.З., В.А.Супруненко, Т.В.Нечаева

Киевский НИИ эпидемиологии и инфекционных болезней; Киевская медицинская академия последипломного образования, г.Киев

Клиническая картина ВИЧ-инфицированных больных характерных особенностей не имеет. ВИЧ-инфекция - заболевание хроническое. В начале инфекционного процесса человек практически здоров. Действие вируса на клетки иммунной системы является центральным в патогенезе болезни. В зависимости от степени иммунной супрессии начинают проявляться первичные признаки. Согласно классификации ВОЗ в настоящее время выделяют 3 клинические стадии заболевания: 1 - первичные проявления ВИЧ-инфекции; 2 - СПИД - ассоциированный комплекс (СПИД-АК); 3 - СПИД.

После периода инкубации, который длится от 2-х недель до 3-х месяцев у части инфицированных [1, 3] развивается стадия острого заболевания. Она характеризуется повышением температуры тела, явлениями фарингита, лимфаденопатией, гепатолиенальным синдромом, нестойкими уртикарно-папулезными высыпаниями. В течении этого периода репликация ВИЧ исключительно высока, что приводит к деструкции инфицированных лимфоцитов CD4. Первичные проявления ВИЧ-инфекции могут быть в виде бессимптомного носительства или персистирующей генерализованной лимфаденопатии (ПГЛ). В крови определяются антитела к антигенам ВИЧ. В основном эта стадия характеризуется относительным иммунным равновесием. Стадия бессимптомного носительства может переходить в СПИД-ассоциированный комплекс (СПИД-АК), для которого характерна потеря массы тела более 10%, быстрая утомляемость, сонливость, лихорадка, повышенная ночная потливость, кандидоз слизистых, "волосатая" лейкоплакия слизистой рта, дерматиты. Со стороны иммунной системы снижение CD4-лимфоцитов ниже 500/мкл, снижение показателя соотношений CD4/CD8 ниже 1,0 (норма 1,5 - 2,0).

Заключительной стадией ВИЧ-инфекции является СПИД-синдром приобретенного иммунодефицита. В клинической картине преобладают оппортунистические инфекции - так называемые СПИД-индикаторные заболевания. Наиболее часто встречаются туберкулез, генерализованная саркома Капоши, неходжкинские лимфомы, пневмоцистная пневмония, сепсис смешанной этиологии /вирусно-бактериально-грибковый/ и др. Их появление обусловлено подавлением клеточного имму-

нитета: резко снижается количество CD4-лимфоцитов - меньше 200/мкл, в крови появляется антиген p24, а титры антител к p24 падают.

В этом периоде у больных появляются хирургические осложнения дерматонекрозы, фурункулез, множественные рассыпанные по всему телу абсцедирующие септикопиемические очаги подлежащие вскрытию. Особенно часто гнойные очаги появляются в параректальной области - парапроктиты, проктиты с образованием сложных свищевых ходов. Подобные осложнения встречаются у гомо- и бисексуалов. В качестве иллюстрации подобных осложнений приводим два наблюдения: ВИЧ-инфицированная больная регистрируется подспециальным кодом, указывающим имя больного, год заболевания и очередной номер поступившего. Из деонтологических и этических стремлений мы код не указываем.

Больной А., 35 лет, врач-невропатолог, бисексуал, наркоман. После относительного благополучного и продолжительного периода носительства ВИЧ-инфекции, очередной раз поступил в отделение уже с выраженной формой заболевания. Катастрофическое исхудание (через истонченную прозрачную кожу буквально просвечивают кости), непрекращающиеся головные боли, психические нарушения, возбуждение, сменяющиеся глубокой депрессией. На различных участках тела в отдаленных друг от друга местах абсцедирующие гнойники (на слизистой рта, на животе). На подошвенных поверхностях обеих стоп множественные узелковые образования малинового цвета - саркома Капоши. Бессонные ночи, полная анорексия. Иммунный баланс резко снижен: CD4 - лимфоциты - 16/мкл, соотношение CD4/CD8 0,13. Паллиативные мероприятия (вскрытие множественных абсцессов, интенсивная противовирусная и симптоматическая терапия) не улучшали состояние больного. Исход - экзитуз.

Больная С., ранее неоднократно лечилась в отделении СПИДа. Поступила с воспалительным процессом в анально-генитальной области. Вскрыты гнойники больших половых губ, рассечены гнойники в параректальной области. Образовались полные свищевые ходы прямой кишки и влагалищем. Через влагалище выделяются каловые массы. Палиативные операции способствовали стиханию острого септического процесса.

Иммунный баланс относительно благополучный (количество СД4 -лимфоцитов - 691/мкл). С хроническими полными влагиально-прямокишечными свищами по своему и родственников настоянию выписана для амбулаторного наблюдения по месту жительства.

Одной из распространенных особенностей клинической картины СПИДа являются лимфаденопатии. Они нередко провоцируются онкозаболеваниями, лимфогранулематозом, туберкулезом или просто банальной инфекцией. С диагностической и лечебной целью иногда возникает необходимость эксцизионной или пункционной биопсии. Абсцедирующие лимфадениты, аденофлегмоны требуют хирургического вмешательства.

У 18-летней Оксаны, замужней пациентки, выявлен ВИЧ. Целенаправленно собранный анамнез не выявил источника заражения. Замужем 2 года. Муж здоров. Беременность закончилась нормальными родами. Ребенок умер в 7-месячном возрасте. В отделении СПИДа направлена в связи с неустановленной причиной продолжительной лихорадки, парастающей слабостью, лимфаденопатией. Особенностью приводимого наблюдения является исключительно быстро прогрессирующее заболевание. Диспептические расстройства, непрекращающиеся поносы, затяжные пневмонии. Иммунный баланс резко падал (количество СД4-лимфоцитов-56/мкл). Содержимое вскрытых на шее аденофлегмон туберкулезного характера. СПИД обострил латентный туберкулез. Отсутствие эффекта от интенсивной противотуберкулезной терапии и других оппортунистических заболеваний уже через год после первичного обращения привели к летальному исходу.

Александр, 40 лет мужчина, находится в отделении в терминальной стадии СПИДа. Сероземлистый цвет лица, выраженная потеря массы тела, психическое состояние относительно уравновешанное, терпелив, контактен. На шее рецидивирующие абсцедирующие лимфоузлы с обеих сторон. Гнойники дважды вскрывались. Интересно, что содержимое гнойников - банальная микрофлора, что характеризует резко сниженный иммунный статус (СД4 - лимфоциты - 26/мкл).

Нередко встречаются больные СПИДом с осложнением - заболеванием внутренних органов, с новообразованиями значительных размеров, прорастающие в панкреас, печень, в 12-перстную кишку, порой приводящих к профузным желудочно-кишечным кровотечениям. Чрезвычайно демонстративным в этом отношении является следующее наблюдение. Из Киевского военного госпиталя поступила 35-летняя женщина с опухолью брюшной полости - лимфомой занимающей почти весь верхний этаж живота. Содержание СД4-лимфоцитов снижено до 28/мкл. Быстро прогрессирующее ухудшение состояния не позволяли произвести ни пробную лапаротомию, ни лапароскопию. С таким заключением больная возвращена из специализированного инфекционного хирургического отделения одной из городских больниц. Проводилась противовирусная и симптоматическая терапия. В заключительный период болезни внезапно наступило массивное желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК), которое интенсивной гемостатической терапией купировать не удалось. О срочном переводе в хирургическое отделение и об оперативном ле-

чении из-за крайне тяжелого состояния не могло быть и речи. На вскрытии - лимфома огромных размеров, проросшая в 12-перстную кишку, явившейся причиной кровотечения.

Встречаются и чисто хирургические заболевания, не связанные с ВИЧ-инфекцией.

Из Донецка был доставлен больной 22 лет, по поводу ВИЧ-инфекции с болями в животе. В хирургическом отделении Донецка хирургические заболевания брюшной полости сняты. При срочном осмотре в отделении СПИДа в день поступления, по поводу острых болей в животе и явлений перитонита, больной с диагнозом острый аппендицит переведен в специализированное инфекционное хирургическое отделение. Причиной острого живота был флегмонозный аппендицит, местный перитонит. Больной по выздоровлении продолжает лечение в отделении СПИДа.

Встречается и казусные "чисто" хирургические случаи, сопровождающиеся кровотечениями и гематомами, не связанные ни с повышенной кровоточивостью, ни с синдромом ДВС.

В отделение СПИДа поступил ВИЧ-инфицированный инженер-конструктор, наркоман с большим стажем, больной 40 лет. Для более скорейшего и действенного эффекта он вводил наркотик внутриа-терриально, в бедренную артерию, что вызвало обширнейшую гематому внутренней поверхности бедра. Частичная аспирация гематомы и местная рассасывающая терапия предрешила благоприятный исход.

**Заключение:** ВИЧ-инфекции и СПИД нередко сопровождаются различными хирургическими осложнениями. Их можно разделить на две группы: к первой относятся осложнения непосредственно связанные с нарушением иммунного баланса, способствующие проявлению СПИД-ассоциированных заболеваний и оппортунистических инфекций, к другой группе мы относим - острые и хронические хирургические заболевания не связанные со спидоносительством. К ним относятся заболевания гепато-лиенальной зоны, обструкция внепеченочных желчных протоков, заболевания желудка, острые хирургические заболевания органов брюшной полости, травматические повреждения и т.д. Эти хронические осложнения иногда по жизненным показателям требуют оперативного вмешательства. Несомненно, что спидоносительство отягощает течение этих встречающихся заболеваний. Не может же быть лишен хирургической помощи даже больной СПИДом.

Хирургические проблемы СПИДа включают: 1. Профилактика профессионального заражения медперсонала; 2. Профилактика заражения пациентов при диагностических и лечебных процедурах; 3. Своевременное выявление групп риска; 4. Обязательное знание медперсоналом характера клинического проявления СПИДа; 5. Внедрение прогрессивной технологии в работу хирургических отделений (использование новых типов прочных хирургических перчаток, применение контактных лазеров, ультразвуковых приборов для рассечения тканей, аппаратов для механического шва, клей для гемостаза, использование новых кровезаменителей и т.д.).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И., Крылов Н.Н. Хирургические аспекты СПИД. Хирургия, 1991, N 4, с.153-154.

## **РЕЗЮМЕ**

### **ХІРУРГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ТА ХВОРИХ НА СНІД**

*Осингольц С.Л., Шуляренко В.А., Парацій З.З., Супруненко В.А., Нечаєва Т.В.*

Виходячи з власного досвіду лікування ВІЛ-інфікованих хворих та хворих на СНІД, встановлено, що хірургічні ускладнення, які супроводжують ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, можна розділити на дві групи: ускладнення, які безпосередньо пов'язані з порушенням імунного балансу, що сприяють проявленню СНІД-асоційованих захворювань та опортуністичних інфекцій, та гострі і хронічні захворювання, не пов'язані із снідоносійством, як-то: захворювання гепато-лієальної зони, обструкція позапечінкових жовчних протоків, захворювання шлунку і т.п.

## **SUMMARY**

### **SURGICAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH AIDS**

*S.L. Osyngolts, V.A. Shuliarenko, Z.Z.Paratsiy, V.A. Suprunenko, T.V. Nechayeva.*

Based on the experience of treatment of AIDS patients it was concluded that surgical complications in this patients can be divided into two groups: the complications directly connected with the disturbance of immune balance, favouring manifestation of AIDS-associated

---