

## ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ

### РЕЗЕКЦИИ ЛЁГКИХ ПО ПОВОДУ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.

*Мотус И.Я., Баженов А.В.*

(г. Екатеринбург, ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, e-mail: dinamo-dinamovic@mail.ru)

В настоящее время заболеваемость ВИЧ-инфекцией и сочетанная заболеваемость ВИЧ и туберкулёзом лёгких в России и в Уральском федеральном округе непрерывно растёт, об увеличении роста заболеваемости сочетанной инфекцией ВИЧ-туберкулёз можно судить и по непрерывному увеличению количества данных больных в клинике Уральского Научно-исследовательского института фтизиопульмонологии и, в частности, в лёгочно-хирургическом отделении.

**Целью нашего исследования** было сравнить ближайший послеоперационный период у больных с ВИЧ-инфекцией и без ВИЧ-инфекции, которым были выполнены атипичные резекции лёгких по поводу ограниченных форм туберкулёза лёгких. Гипотезой данного исследования было, то, что в ближайшем послеоперационном периоде различия между указанными выше группами отсутствуют.

**Материалы и методы:** в наше исследование вошли 45 пациентов, которых мы разделили на 2 группы, оперированных в лёгочно-хирургическом отделении УНИИФ в период с июня 2013 по январь 2015 года: группа 1 пациенты с ограниченными формами туберкулёза лёгких и сопутствующей ВИЧ-инфекцией, которым выполнялись атипичные резекции лёгких (15 человек 9 мужчин/6 женщин), из них имели историю употребления внутривенных наркотиков 6 человек, имели сопутствующие хронические вирусные гепатиты В и С - 8 человек.

группа 2 пациенты с ограниченными формами туберкулёза лёгких без сопутствующей ВИЧ-инфекции, которым также выполнялись атипичные

резекции лёгких (30 человек 18 мужчин/12 женщин), из них имели историю употребления внутривенных наркотиков 5 человек, имели сопутствующие хронические вирусные гепатиты В и С – 9 человек. Группы формировали по типу случай-контроль, группы были сопоставимы по возрасту по полу, по антропометрическим параметрам, по локализации основного патологического процесса, по виду выполняемого вмешательства.

Среди операций незначительно преобладали вмешательства, выполненные через торакотомный доступ 53,33%(8/15) в группе 1 53,33% (16/30), видеоассистированные оперативные вмешательства занимали, соответственно, 46,67%(7/15) в группе 1 и 46,67%(14/30) в группе 2. Среди вмешательств из торакотомного доступа было выполнено 6,67%(1/15) атипичных резекций туберкулом лазером Limax120 в группе 1 и 6,67%(2/30) в группе 2.

У всех пациентов Группы 1 количество СД4 –клеток дооперационно было больше, либо равно 400/мл. В обеих группа в послеоперационном периоде оценивались такие показатели как: количество интраоперационной кровопотери, длительность стояния плеврального дренажа, время операционного вмешательства, количество послеоперационных осложнений (по классификации Clavien-Dindo classification, 2004) . Данные, приведённые ниже, представлены как: среднее (95% доверительный интервал).

**Результаты:** Нами, в результате проделанной нами работы, в ближайшем послеоперационном периоде не было выявлено статистически значимых различий между Группой 1 и группой 2 по таким показателям как: интраоперационная кровопотеря 112(63,08-160,92) мл в группе 1 против 97,5(81,8-113,20) мл в группе 2( $p=0,85$ ).

Длительности стояния плеврального дренажа в послеоперационном периоде 3,67(2,55-4,79) дней в группе 1 против 3,57(3,02-4,11) дней в группе 2( $p=0,43$ ).

Продолжительности операционного вмешательства 65,67(49,80-81,53) минут в группе 1 против 67,33 (58,14-76,53) минут в группе 2( $p=0,42$ ).

По частоте послеоперационных осложнений 4/15 (26,67%) в группе 1 против 9/30 (30%) в группе 2, ( $p=0,82$ ). Все осложнения относились к I степени и разрешились при назначении физиопроцедур. В группе 1 серома в области послеоперационного шва-2, незначительный базальный плевральный выпот-1, небольших размеров апикальная остаточная плевральная полость-1. В группе 2 серома в области послеоперационного шва-3, базальный плевральный выпот -4, апикальных остаточных полостей - 2.

**Заключение.** Атипичные резекции лёгких по поводу ограниченных форм туберкулёза лёгких у пациентов с ВИЧ и туберкулёзом, по некоторым показателям, не отличаются от таких же вмешательств, выполняемых у пациентов без сопутствующей ВИЧ-инфекции. Однако, отдалённые результаты подобных вмешательств неясны и требуют более тщательного изучения.