



Ю. О. Шиленко^{1,2}, Я. П. Фелештинський¹,
В. В. Сміщук^{1,2}, Т. В. Степченкова²

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

² Київська міська клінічна лікарня № 5

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АБСЦЕСІВ ТА ФЛЕГМОН М'ЯКИХ ТКАНИН У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

Мета роботи — вивчити особливості клінічного перебігу абсцесів та флегмон м'яких тканин у ВІЛ-інфікованих хворих.

Матеріали і методи. Проведено аналіз клінічного перебігу абсцесів та флегмон м'яких тканин у 90 ВІЛ-інфікованих хворих (основна група) за період з 2013 до 2017 рр., які перебували на лікуванні в клініці кафедри хірургії і проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика на базі Київської міської клінічної лікарні № 5. У групу порівняння залучено 90 пацієнтів з абсцесами та флегмонами м'яких тканин без супутньої ВІЛ-інфекції. Середній вік хворих — (31,0 ± 1,2) року. Локалізація абсцесів та флегмон: плече, передпліччя, сіднична ділянка, пахвинна ділянка, стегно, гомілка. Для вивчення особливостей клінічного перебігу післяопераційного періоду використали такі клінічні критерії, як тривалість температурної реакції та гнійного виділення, терміни очищення рани. Також досліджували імунологічний статус хворих.

Результати та обговорення. При аналізі клінічної картини встановлено, що у ВІЛ-інфікованих з гнійною інфекцією м'яких тканин після розкриття гнійника і адекватного дренивання були статистично значущо більшими тривалість та вираженість температурної реакції, гнійних виділень з рани і часу очищення рани порівняно з хворими без ВІЛ-інфекції. У пацієнтів з ВІЛ-інфекцією відзначено виражену зміну імунорегуляції у бік переважання Т-супресорів та зниження кількості Т-хелперів. Тому цим хворим показана імюнокорекція ретровірусними препаратами відповідно до чинних протоколів.

Висновки. Клінічний перебіг абсцесів та флегмон у ВІЛ-інфікованих хворих порівняно з хворими без ВІЛ-інфекції характеризується тривалішими строками гнійних виділень та очищення рани, перебування в стаціонарі, зокрема у разі ВІЛ-інфекції III—IV стадії, що підтверджено порушеннями імунологічного стану, зниженням рівня Т-хелперів, потребує тривалішого та інтенсивнішого як загального, так і місцевого лікування у поєднанні з ретровірусною терапією.

■

Ключові слова: ВІЛ-інфіковані, абсцес, флегмона, імунітет, Т-хелпери, Т-супресори.

Поширеність вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) в Україні збільшується і становить 313,3 на 100 тис. населення проти 306,8 на 100 тис. населення за відповідний період минулого року. В Києві поширеність синдрому набутого імунодефіциту (СНІД) становить 409,5 на 100 тис. населення [2].

Останніми роками збільшилася кількість хворих, госпіталізованих у гнійно-септичні хірургічні відділення з місцевою гнійною інфекцією м'яких тканин, поєднаною з ВІЛ-інфекцією. Більшість таких пацієнтів отримують ін'єкційні форми наркотичних засобів, а ВІЛ-інфекцію виявляють уперше під час обстеження в умовах хірургічного

відділення [1, 4, 5]. На ділянках ін'єкцій наркотичних засобів, зокрема пахвинній ділянці, плечі, передпліччі тощо, переважно виникають абсцеси та флегмони, які ускладнюються сепсисом. Клінічний перебіг місцевої гнійної інфекції м'яких тканин у ВІЛ-інфікованих відрізняється від такого у хворих без ВІЛ-інфекції [6—11]. У зв'язку з цим актуальним є вивчення особливостей клінічного перебігу гнійних інфекцій м'яких тканин у ВІЛ-інфікованих та обґрунтування лікування таких хворих.

Мета роботи — вивчити особливості клінічного перебігу абсцесів та флегмон м'яких тканин у ВІЛ-інфікованих хворих.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено аналіз клінічного перебігу абсцесів та флегмон м'яких тканин у 90 ВІЛ-інфікованих хворих (основна група) за період з 2013 до 2017 рр., які перебували на лікуванні в клініці кафедри хірургії і проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика на базі Київської міської клінічної лікарні № 5. Вік хворих — від 18 до 45 років (середній вік — $(31,0 \pm 1,2)$ року).

Локалізація абсцесів та флегмон у ВІЛ-інфікованих хворих була такою: плече — 23 (25,6%), передпліччя — 22 (24,4%), сіднична ділянка — 19 (21,1%), пахвинна ділянка — 16 (17,8%), стегно — 7 (7,8%), голітка — 3 (3,3%).

До групи порівняння залучено 90 хворих віком від 18 до 45 років (середній вік — $(31,0 \pm 1,2)$ року) з абсцесами та флегмонами м'яких тканин без супутньої ВІЛ-інфекції. Локалізація абсцесів та флегмон була такою: плече — 30 (33,3%), передпліччя — 22 (24,4%), сіднична ділянка — 21 (23,3%), пахвинна ділянка — 4 (4,4%), стегно — 8 (8,9%), голітка — 5 (5,6%).

Залежно від стадії ВІЛ-інфекції відповідно до класифікації ВООЗ (2006) [3] розподіл хворих був

таким: у 26 (28,9%) хворих — I стадія, у 20 (22,2%) — II стадія, у 38 (42,2%) — III стадія, у 6 (6,7%) — IV стадія.

Усім пацієнтам при надходженні в екстреному порядку виконано адекватне широке розкриття, ревізію та дренивання гнійників, мікробіологічне дослідження вмісту рани. У післяопераційний період хворим проводили дезінтоксикаційну та антибактеріальну терапію відповідно до результатів бактеріологічних посівів, перев'язки.

Для вивчення особливостей клінічного перебігу післяопераційного періоду використовували такі клінічні критерії, як тривалість температурної реакції та гнійного виділення, терміни очищення рани. Також досліджували імунологічний статус хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Результати вивчення найхарактерніших клінічних симптомів абсцесів та флегмон наведено в табл. 1.

В основній групі у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією I стадії статистично значущої різниці за тривалістю лихоманки з групою порівняння не було, але,

Т а б л и ц я 1
Динаміка основних клінічних симптомів ($M \pm m$)

| Група | Кількість хворих | Тривалість симптомів, дів | | | Строки виписування, доба |
|----------------|------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| | | Підвищення температури | Гнійне виділення | Очищення рани | |
| Основна | 90 | | | | |
| I стадія ВІЛ | 26 | $4,17 \pm 0,15$ | $7,52 \pm 0,26^*$ | $8,62 \pm 0,26^*$ | $11,83 \pm 0,24$ |
| II стадія ВІЛ | 20 | $9,72 \pm 0,71^{**}$ | $12,20 \pm 0,74^{**}$ | $14,24 \pm 0,75^{**}$ | $16,10 \pm 0,82^{**}$ |
| III стадія ВІЛ | 38 | $11,54 \pm 1,22^{**}$ | $15,48 \pm 0,66^{**}$ | $17,41 \pm 0,63^{**}$ | $21,40 \pm 0,48^{**}$ |
| IV стадія ВІЛ | 6 | $16,37 \pm 1,34^{**}$ | $16,78 \pm 0,97^{**}$ | $17,97 \pm 0,78^{**}$ | $21,80 \pm 0,78^{**}$ |
| Порівняння | 90 | $4,14 \pm 0,76$ | $5,72 \pm 0,67$ | $7,60 \pm 0,89$ | $10,20 \pm 1,28$ |

Статистично значуща різниця щодо показників групи порівняння: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Т а б л и ц я 2
Кількість CD4- та CD8-клітин у післяопераційний період при інфекціях м'яких тканин

| Група | Показник | 1-ша доба | 5-та доба | 10-та доба | 15-та доба |
|---------------------|-------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Основна (n = 90) | CD4, кл./мл | $582,0 \pm 35,8$ | $495,1 \pm 29,8$ | $511,3 \pm 30,1$ | $565,2 \pm 32,8$ |
| | CD8, кл./мл | $801,4 \pm 40,1$ | $821,2 \pm 42,2$ | $833,2 \pm 42,8$ | $812,8 \pm 41,3$ |
| | CD4/CD8 | $0,73 \pm 0,01$ | $0,63 \pm 0,01$ | $0,61 \pm 0,01$ | $0,70 \pm 0,01$ |
| Порівняння (n = 90) | CD4, кл./мл | $945,2 \pm 70,2$ | $951,1 \pm 71,1$ | $1102,4 \pm 82,5$ | $956,3 \pm 73,3$ |
| | CD8, кл./мл | $629,7 \pm 32,1$ | $731,3 \pm 34,8$ | $761,4 \pm 35,3$ | $640,1 \pm 33,9$ |
| | CD4/CD8 | $1,50 \pm 0,02$ | $1,30 \pm 0,02$ | $1,45 \pm 0,02$ | $1,49 \pm 0,02$ |

починаючи з II стадії ВІЛ-інфекції, встановлено статистично значущо більшу тривалість температурної реакції.

У хворих з ВІЛ-інфекцією I, III і IV стадії виявлено статистично значущо більшу тривалість гнійного виділення з ран у післяопераційний період, ніж у хворих групи порівняння.

Аналогічну картину спостерігали і щодо термінів очищення ран. При аналізі клінічної картини встановлено, що у ВІЛ-інфікованих хворих з гнійною інфекцією м'яких тканин після розкриття гнійника і адекватного дренивання були статистично значущо більшими тривалість і вираженість температурної реакції, гнійних виділень з рани та очищення рани порівняно з хворими без ВІЛ-інфекції. Починаючи з II стадії ВІЛ-інфекції, відмінності за досліджуваними клінічними параметрами порівняно з такими у разі I стадії ВІЛ-інфекції були вираженішими.

Тривалість перебування у стаціонарі хворих основної групи з ВІЛ-інфекцією I стадії відповідає такій у пацієнтів групи порівняння. З прогресуванням ВІЛ-інфекції терміни перебування пацієнтів з гнійною інфекцією м'яких тканин збільшувалися вдвічі. Такі особливості клінічного перебігу абсцесів та флегмон у ВІЛ-інфікованих хворих потребують інтенсивнішого і тривалішого комплексного лікування.

В основній групі померло 3 хворих, зокрема двоє з ВІЛ-інфекцією IV стадії від сепсису на тлі флегмони пахвинних ділянок і великих флегмон стегна та один із ВІЛ-інфекцією III стадії на тлі великої флегмони стегна і сепсису.

У хворих групи порівняння при аналізі показників Т-клітинного імунітету в 1-шу добу не виявлено статистично значущої різниці з нормою (табл. 2). Підвищення рівня Т-супресорів ((761,4 ±

± 35,3) кл./мл) і Т-хелперів ((1102,4 ± 82,5) кл./мл) виявлено на 10-ту добу захворювання.

У ВІЛ-інфікованих хворих з абсцесами та флегмонами зафіксовано більш значне зниження кількості Т-хелперів упродовж усього періоду захворювання, ніж у групі пацієнтів без ВІЛ-інфекції. На 5-ту добу після операції виявлено значне зниження вмісту Т-хелперів. У подальшому кількість Т-хелперів підвищилася, але залишилася до 15-ї доби значно нижчою, ніж у хворих без ВІЛ-інфекції.

Кількість Т-супресорів у ВІЛ-інфікованих хворих до 10-ї доби підвищилася, а до 15-ї — знизилася до нормальних величин.

Привертає на увагу факт статистично значущого підвищення рівня Т-хелперів у пацієнтів групи порівняння на 10-ту добу післяопераційного періоду порівняно з основною групою, а рівень Т-супресорів на 5-ту і 10-ту доби був статистично значущо вищим у ВІЛ-інфікованих на відміну від пацієнтів без супутньої ВІЛ-інфекції.

У групі ВІЛ-інфікованих хворих з абсцесами та флегмонами імунорегуляторний індекс був статистично значущо нижчим порівняно з хворими без ВІЛ-інфекції.

ВИСНОВКИ

Клінічний перебіг абсцесів та флегмон у ВІЛ-інфікованих хворих порівняно з хворими без ВІЛ-інфекції характеризується більшою тривалістю гнійних виділень та очищення рани, перебування в стаціонарі, особливо у разі ВІЛ-інфекції III—IV стадії, що підтверджено порушеннями імунологічного стану, зниженням рівня Т-хелперів, потребує тривалішого та інтенсивнішого як загального, так і місцевого лікування у поєднанні з ретровірусною терапією.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, редагування — Я. Ф., Ю. Ш.;

збір матеріалу, написання тексту — Ю. Ш., Т. С.;

обробка матеріалу — Я. Ф., Ю. Ш., В. С., Т. С.

Література

1. Бобкова М. Р. Иммунитет и ВИЧ-инфекция. — М.: Олимпия Пресс, 2006. — 240 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні // Інформаційний бюлетень № 47 від 2017 р.
3. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. 2006. Специальное издание, посвященное 10-й годовщине ЮНЕЙДС. — ЮНЕЙДС/ВОЗ [Електронний ресурс]. — Режим доступу: www.unaids.org
4. Мальцев Д. В. и др. Иммунодефицитные болезни человека / Ин-т иммунологии и алергологии Нац. мед. ун-та им. А. А. Богомольца МЗ Украины. — К.: Феникс, 2012. — 600 с.
5. Рахманова А. Г., Степанова Е. В., Беляков Н. А., Рахманова А. Г. Вирус иммунодефицита человека: рук-во для врачей. — СПб: Балтий. мед. образовательный центр, 2010. — С. 97—101.
6. Abalo A., Patassi A., James Y. E. Risk factors for surgical wound infection in HIV-positive patients undergoing surgery for orthopaedic trauma // Journal of Orthopaedic Surgery. — 2010. — Vol. 18 (2). — P. 224—227.
7. Chahine E. B. Skin and soft tissue infections. — PSAP, 2015. — P. 5—26.
8. Drapeau C. M., Pan A., Bellacosa C. Surgical site infections in HIV-infected patients: results from an italian prospective multicenter observational study // Infection. — 2009. — Vol. 37. — P. 455—460.
9. Ruiz-Perez I., Olry de Labry-Lima A., Lopez-Ruz M. A. Clinical status, adherence to HAART and quality of life in HIV-infected patients receiving antiretroviral treatment // Enferm. Infect. Microbiol. Clin. — 2005. — Vol. 23. — P. 581—585.
10. Teng T., Shao Y. Scientific approaches to AIDS prevention and control in china // Adv. Dent. Res. — 2011. — Vol. 23. — P. 10—12.
11. Zhang et al. Prevention and treatment of surgical site infection in HIV-infected patients // BMC Infectious Diseases. — 2012. — Vol. 12. — P. 115.

Ю. А. Шиленко^{1,2}, Я. П. Фелештинский¹, В. В. Смищук^{1,2}, Т. В. Степченкова²

¹Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, Киев

²Киевская городская клиническая больница № 5

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Цель работы — изучить особенности клинического течения абсцессов и флегмон мягких тканей у ВИЧ-инфицированных больных.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического течения абсцессов и флегмон мягких тканей у 90 ВИЧ-инфицированных больных (основная группа) за период с 2013 до 2017 г., которые находились на лечении в клинике кафедры хирургии и проктологии Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика на базе Киевской городской клинической больницы № 5. Группу сравнения составили 90 пациентов с абсцессами и флегмонами мягких тканей без сопутствующей ВИЧ-инфекции. Средний возраст больных — $(31,0 \pm 1,2)$ года. Локализация абсцессов и флегмон: плечо, предплечье, ягодичная область, паховая область, бедро, голень. Для изучения особенностей клинического течения послеоперационного периода использовали такие клинические критерии, как продолжительность температурной реакции и гнойных выделений, сроки очищения раны. Также исследовали иммунологический статус больных.

Результаты и обсуждение. При анализе клинической картины установлено, что у ВИЧ-инфицированных с гнойной инфекцией мягких тканей после вскрытия гнойника и адекватного дренирования были статистически значимо больше продолжительность и выраженность температурной реакции, гнойных выделений из раны и время очищения раны по сравнению с больными без ВИЧ-инфекции. У пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечено выраженное изменение иммунорегуляции в сторону преобладания Т-супрессоров и снижения количества Т-хелперов. Поэтому этим больным показана иммунокоррекция ретровирусными препаратами в соответствии с существующими протоколами.

Выводы. Клиническое течение абсцессов и флегмон у ВИЧ-инфицированных больных по сравнению с группой больных без ВИЧ-инфекции характеризуется более длительными сроками гнойных выделений и очищения раны, пребывания в стационаре, особенно при ВИЧ-инфекции III—IV стадии, что подтверждено нарушениями иммунологического состояния, снижением уровня Т-хелперов, требует более длительного и более интенсивного как общего, так и местного лечения в сочетании с ретровирусной терапией.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные, абсцесс, флегмона, иммунитет, Т-хелперы, Т-супрессоры.

Iu. O. Shylenko^{1,2}, Ia. P. Feleshtynskiy¹, V. V. Smishchuk^{1,2}, T. V. Stepchenkova²

¹P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

²Kyiv City Clinical Hospital N 5

THE CLINICAL COURSE OF ABSCESSSES AND SOFT TISSUE PHLEGMON IN HIV-INFECTED PATIENTS

The aim — to study the features of the clinical course of abscesses and soft tissue phlegmon in HIV-infected patients.

Materials and methods. The clinical course analysis of the abscesses and soft tissues phlegmon in 90 HIV-infected patients (main group) who were on treatment at the Surgery and Proctology Department for the period from 2013 to 2017 was done. The comparison group consisted of 90 patients with abscesses and soft tissues phlegmon without concomitant HIV infection. The average age of patients was 31.0 ± 1.2 years. The abscesses and phlegmons localization were shoulder, forearm, gluteal region, inguinal region, thigh, shin. Clinical criteria, such as the fever response expression and purulent discharge duration, wound cleansing term were used to evaluate the clinical course of the postoperative period. Immunological status of patients was also investigated.

Results and discussion. When analyzing the clinical picture, it was found that after the opening of the abscess and adequate drainage, the duration and severity of fever response expression, the purulent discharge from the wound and the time of wound clearance compared to those without HIV infection were statistically significantly higher in patients with HIV infection. In patients with HIV infection, a marked change in immunoregulation in favor of the predominance of T-suppressors and a decrease in the number of T-helpers revealed. Therefore, immunocorrection with retroviral drugs in accordance with existing protocols is indicated to these patients.

Conclusions. The clinical course of abscesses and phlegmon in HIV-infected patients compared with a group of patients without HIV infection is characterized by longer periods of purulent discharge and wound cleansing, hospital stay, especially in HIV-infection of III—IV stages, which is confirmed by immunologic disorders, level of T-helpers, requires a longer and more intensive both general and local treatment in combination with retroviral therapy.

Key words: HIV-infected, abscess, phlegmon, immunity, T-helpers, T-suppressors.