

18. Полубудкин М.С. // Вестн. хир. – 1979. – № 12. – С. 50-52.
19. Савельев В.С., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. // Болезни магистральных вен. – М., 1972. – С. 440-443.
20. Седов Ю.И. Электрохирургический метод в комплексном оперативном лечении варикозной болезни нижних конечностей / Автореф. дис. □ канд. мед. наук. – М., 1986.
21. Седов Ю.И., Александров А.А., Амарян П.С., Закамсков Н.А. // Вестн. хир. – 1980. – №7. – С. 63-64.
22. Суховатых Б.С., Назаренко П.М., Беликов Л.М., Санников А.Б. // Вестн. хир. – № 4. – С. 69-63.
23. Францев В.И., Ершов В.Г. // Вопросы сосудистой хирургии. – Алма-Ата, 1973. – С. 117-120.
24. Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю. // Ангиол. и ангиохир. – 2004. – №2. – С. 84-90.
25. Червяков И.В. // Вестн. хир. – 1968. – № 10. – С. 38-41.
26. Ascar O.J. // Cardiovasc. Surg. – 1963. – № 4. – P. 126-128.
27. May R. // Vasa. – 1980. – Bd. 9. – S. 321-325.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД

А.А. Кулаков, М.С. Громов

Военно-медицинский институт, г. Саратов

ВИЧ-инфекция – это инфекционное заболевание, вызванное трансмиссивным вирусом иммунодефицита человека. Оно характеризуется медленным и неуклонным разрушением иммунной системы, которое продолжается до появления синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований, приводящих к смерти (J.G. Bartlett, 1999).

В США среди хирургических больных число ВИЧ-инфицированных составляет 5,3% [3], причем среди больных в возрасте от 21 до 40 лет оно может достигать 30% [7]. Заболеваемость гнойной хирургической инфекцией (абсцессы, пиомиозиты, остеомиелиты, септические артриты) среди ВИЧ-инфицированных пациентов достигает 52% [4]. При этом частота возникновения абсцессов мягких тканей у ВИЧ-инфицированных больных в 2,4 раза выше, чем среди неинфицированных: она составляет 20% от числа больных с гнойной инфекцией мягких тканей [6].

Есть мнение, что инфекция мягких тканей у больных СПИДом успешно лечится консервативным путем с помощью антибиотиков, а оперативным путем лишь закрываются раны [2]. При пиомиозите у больных СПИДом хирурги также прибегали к консервативным методам лечения – сочетанию антимикробной терапии с пункционным методом лечения гнойников [5]. Противоположного мнения придерживаются другие авторы, считающие, что больные с хирургической инфекцией при сопутствующей ВИЧ-инфекции нуждаются в экстренном оперативном вмешательстве с радикальным удалением гнойно-

го очага и адекватным дренированием [1]. Все перечисленное свидетельствует о необходимости изучения особенностей течения хирургической инфекции на фоне ВИЧ-инфекции.

В период с 1996 по 2004 г. в центрах СПИД по Саратовской и Ульяновской областям состояло на учете 12172 ВИЧ-инфицированных (6140 в Саратовской и 6032 в Ульяновской области). С хирургическими заболеваниями в период с 1999 по 2004 гг. госпитализировано в различные стационары 385 пациентов (279 – в Саратовской области, 44 – в Ульяновской, 62 – в медицинские учреждения ГУИН Минюста РФ). Из этой группы нам удалось проанализировать результаты лечения 339 больных.

Согласно классификации В.И. Покровского (1989), в исследуемой группе больных 204 человек (60,2%) находились в стадии IIB ВИЧ-инфекции, 102 (30,1%) – IIB, 10 (2,9%) – IIIA, 18 (5,3%) – IIIB, 4 (1,2%) – IIIB и 1 (0,3%) – в IV стадии.

С гнойными хирургическими заболеваниями находились на стационарном лечении 110 больных (32,4%), из них с сепсисом было 14 (4,1%). Структура гнойных хирургических заболеваний у больных с ВИЧ-инфекцией представлена в таблице.

Гнойные хирургические заболевания у больных ВИЧ/СПИД

Гнойные хирургические заболевания	Число больных	
	абс.	%
Сепсис	14	12,7
Рожа	3	2,7
Остеомиелит	2	1,8
Мастит	1	0,9
Абсцесс мягких тканей	19	17,3
Инфицированная рана	9	8,2
Абсцедирующий фурункул	3	2,7
Карбункул	1	0,9
Парапроктит	2	1,8
Флегмоны различных локализаций	39	35,5
Гидраденит	2	1,8
Панариций	3	2,7
Эмпиема плевры	3	2,7
Медиастинит	1	0,9
Наружные свищи желудочно-кишечного тракта	1	0,9
Флегмона забрюшинного пространства	1	0,9
Лигатурные свищи послеоперационного рубца	1	0,9
Абсцесс брюшной полости	2	1,8
Перитонит	3	2,7
Всего	110	100

При гнойных хирургических заболеваниях мягких тканей в 86 наблюдениях (78,2%) выполнялось традиционное вскрытие и дренирование гнойников. У 10 больных (9,1%) предпочтение было отдано консервативному лечению, у одного больного (0,9%) абсцесс лечился пункционно. Радикальные операции с иссечением гнойного очага, наложением швов и проточно-аспирационным дренированием не выполнялись.

Для диагностики глуболежащих гнойных очагов, а также при неясной клинической картине использовалось УЗИ мягких тканей. При эмпиеме плевры во всех случаях предпочтение отдавалось дренированию и фракционному промыванию плевральной полости антисептиками. При медиастините также выполнялось дренирование плевральной полости и средостения шейным доступом. Пациентам с перитонитом и абсцессами брюшной полости выполнялась санация, устранение причины перитонита, рутинное дренирование брюшной полости трубками и полуперчатками. Лишь один больной (0,9%) с перфоративным язвенным колитом и IIIВ стадией СПИДа не был оперирован.

Осложнения в виде прогрессирования гнойно-некротического процесса, потребовавшие повторного вскрытия гнойника и некрэктомии, возникли у 11 больных (10%), летальных исходов не было. Вскрытие абсцедирующего фурункула шеи, а также ламинэктомия с удалением воспалительного инфильтрата и ревизией спинного мозга осложнились сепсисом в двух наблюдениях (1,8%). Один больной (0,9%) умер от полиорганной недостаточности при нарастании клиники сепсиса.

Умерли 17 пациентов (15,5%). Причиной смерти в 9 случаях (8,2%) был сепсис, в одном (0,9%) – медиастинит, в 4 (3,7%) – перитонит, в 3 (2,7%) – эмпиема плевры.

Возможно, причиной сравнительно низкого процента осложнений и летальности у этой категории больных является высокий удельный вес пациентов с начальными стадиями ВИЧ (этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении).

Таким образом, в настоящее время гнойные хирургические заболевания занимают довольно важное место в структуре заболеваемости у ВИЧ-инфицированных больных, с чем связана необходимость более глубокого изучения этой проблемы. Считаем возможным выполнение оперативных вмешательств в полном объеме у больных с ВИЧ-инфекцией II, IIIА и IIIБ стадий, в том числе радикальное иссечение гнойников с глухим швом и проточно-аспирационным дренированием. У пациентов с IIIВ и IV стадиями СПИДа вопрос об оперативном лечении должен быть тщательно взвешен. Считаем, что радикальная хирургическая обработка гнойного очага, как правило, необходима. Для диагностики распространенности гнойного процесса показаны УЗИ, фистулография,

в сомнительных случаях – компьютерная томография. Целью дальнейших исследований должна быть последующая разработка стандартов оперативного лечения хирургической инфекции, тесно связанных с ними методик проведения предоперационной подготовки и послеоперационного ведения у ВИЧ-инфицированных больных, изучение морфологии раневого процесса при ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булискерия Т.Н. Особенности ведения хирургических больных с сопутствующей ВИЧ-инфекцией / Автореф. дис. □ канд. мед. наук. – М., 2004.
2. Gottlieb J.R., Lewis V.L. (Jr.), Bashium R.W. // Plast. Reconstr. Surg. – 1985. – V. 76. – P. 630-632.
3. Hebra A., Adams D.B., Holley H.P. (Jr.) // J. Soc. Coloproct. Med. Ass. – 1990. – V. 86. – P. 479-483.
4. Lewis D.K., Callaghan M., Phiri K. et al. // Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. – 2003. – V. 97. – P. 91-96.
5. Montejo M., Aguirrebengoa K., Urkijo J.C // Enferm. Inf. Microbiol. Clin. – 1990. – №8. – P. 441-442.
6. Strecker W., Ngemba M. // Med. Trop. (Mars). – 1993. – V. 53. – P. 391-392.
7. Watters D.A. // PNG Med. J. – 1994. – V. 37. – P. 29-39.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

*А.И. Лобаков, М.В. Мокин, В.А. Морохотов, Г.Л. Саччелашвили,
В.И. Бирюшев, Ю.И. Захаров, В.Н. Филижанко
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Гнойный холангит, наряду с механической желтухой, является одним из наиболее частых и грозных осложнений обструктивных заболеваний внепеченочных желчных протоков. В последнее время это заболевание становится проблемой, от решения которой зависит успешное развитие хирургии билиопанкреатодуоденальной зоны.

Актуальность этой проблемы обусловлена рядом факторов: ростом числа пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и ее осложнениями (холелитиазом), ростом травматических и ятрогенных стриктур желчных протоков, увеличением числа случаев злокачественных новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны, сложностью и длительностью лечения.

Лечение этой категории больных имеет целый ряд трудностей: пожилой возраст большинства пациентов и наличие у них сопутствующих заболеваний; локализация опухоли в труднодоступных для диагностики местах (в 30–50%); поздняя обращаемость к хирургам; наличие у большинства больных выраженной печеночной недостаточности; травматичность радикальной операции; ранее перенесенные операции на желчных протоках. Вследствие этих