

чения при длительности заболевания от 3 до 5 лет ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Достоверные различия средних значений АЛТ в сравниваемых группах были выявлены через 3-5 лет инфицирования (79,9 26,6 МЕ/л при ХВГ С и 201,5 10,12 МЕ/л при стадии ПБ ко-инфекции), общего билирубина - через 1—3 года (28,4 8,2 мкм/л при ХВГ С и 43,8 1,7 мкм/л при ко-инфекции).

Показатели тимоловой пробы были высокими во все годы наблюдения, однако их средние значения по стадиям ВИЧ инфекции достоверно не различались ($p > 0,05$; $p > 0,05$). Было также установлено, что чем больше сроки инфицирования ВИЧ, тем выше частота выявления РНК-НСV у больных ко-инфекцией (табл. 1). Так, если при давности инфицирования до одного года частота обнаружения РНК-НСV составляла 75%, то через 3-5 лет - 100%.

Таким образом, клинические проявления поражения гепатобилиарной зоны достоверно чаще регистрировались на фоне ко-инфекции. У большинства ко-инфицированных пациентов хроническая НCV-инфекция сопровождалась активной репликацией вируса гепатита С с высоким и средним уровнем, выявлялась обратная зависимость количества CD4 лимфоцитов и уровня РНК-НСV. Активность АЛТ при ко-инфекции была

стабильно высокой, сохранявшейся продолжительное время даже на фоне назначения гепатопротекторов. Изменения биохимических показателей крови, частота выявления РНК-НСV коррелировали с давностью инфицирования. Достоверные различия биохимических показателей крови в группе больных с моно- и ко-инфекцией выявлялись через 3-5 лет инфицирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шахильдян В.И. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы // Информационный бюллетень. - 2003. - №1 (16). - С.11—13.
2. Soriano V., Garcia-Samaniego S., Valencia E. et al. // Eur. J. Epidemiol. - 1999. - Vol. 15. - P. 1 - 4.

Поступила 28.08.04.

COURSE OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS C IN PATIENTS WITH HIV-INFECTION

O.M. Romanenko

S u m m a r y

105 patients with HIV aged 19 to 40 years were examined in order to study clinical cause of co-infection (VG C+HIV) and to predict further course of the disease. Clinical manifestations of hepatobiliary zone involvement were more frequent in the presence of co-infection. Chronic HIV-infection was accompanied by active replication of virus of hepatitis C with high and average level, reverse correlation between the number of CD4 cells and RNA-HIV level was revealed among the most of co-infected patients. Changes of biochemical indices of blood, frequency of detecting of RNA-HIV correlated with duration of infection.

УДК 617.55 - 089.8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ш. Х. Ганцев, К.Ш. Ганцев

Клиника онкологии (директор - проф. Ш.Х. Ганцев) Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Особое внимание к вопросам хирургического лечения сочетанных заболеваний [1, 3, 8, 9] во многом обусловлено ростом в последние годы числа таких больных, повышением качества диагностики, высоким уровнем анестезиологического и реанимационного обеспечения, а также прогрессом хирургических технологий. В медицинской литературе под сочетанными хирургическими заболеваниями понимают патологические

состояния, при которых наблюдается поражение одновременно нескольких внутренних органов брюшной или грудной полости, забрюшинного пространства, других анатомических образований, требующее хирургического лечения. Это определение, на наш взгляд, не отражает существенного момента, заключающегося в том, что нередко и один орган могут поражать различные патологические процессы, лечение при ко-

торых проводится хирургическое, например рак и киста поджелудочной железы, рак и дивертикулез толстой кишки, геморрой и трещина анального канала, дивертикулит Меккеля и болезнь Крона тонкой кишки, язвенная болезнь желудка и его полипоз и т. п.

В нашем понимании сочетанные хирургические заболевания - это патологические состояния одного или нескольких органов брюшной или грудной полости, опорно-двигательного аппарата, покровных тканей, требующие хирургического лечения. Сочетанные заболевания могут быть этиологически и патогенетически взаимосвязаны. В литературе есть описания таких состояний, выделенных в синдромы. Чаще практические хирурги встречаются с синдромом Сейнта (сочетание грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, желчнокаменной болезни и дивертикулеза кишечника). Другая группа сочетанных заболеваний - это патологические состояния, в развитии которых не усматривается этиологической и патогенетической связи (индифферентные сочетания). Примерами таких заболеваний могут быть язвенный пилоростеноз и хронический рецидивирующий аппендицит, острые деструктивные холецистит и аппендицит, рак желудка и грыжа, рак толстой кишки и хронический холецистит и т. д.

Большинство хирургов считают сочетанными такие операции, которые выполняются одномоментно по поводу различных заболеваний. Мы считаем, что сочетанные операции - это хирургические вмешательства на одном или нескольких органах, тканях, выполненные в один этап по поводу различных заболеваний. В то же время в практике онколога встречаются первично-множественные раки. Как терминологически обозначать операции, выполненные в один прием? На наш взгляд, более приемлемо пользоваться понятием одномоментных операций, но не сочетанных. Выделяют сочетанные операции в абдоминальной хирургии и условно делят их на операции только на органах брюшной полости и операции на органах брюшной полости и других областях. По срочности хирургических вмешательств авторами выделяются экстрен-

ные операции на органах брюшной полости и плановые в других областях [6].

По данным ВОЗ, частота сочетанных заболеваний органов брюшной полости достигает 20-30%. В то же время в конце прошлого столетия в среднем только 3% хирургических больных переносили сочетанные операции [1, 2, 4]. Невысокий процент сочетанных операций в абдоминальной хирургии объяснялся следующим: 1) недостаточная дооперационная диагностика; 2) ошибки в интраоперационном обследовании и трактовке полученных данных; 3) отсутствие реальной возможности сочетанной операции из-за сопутствующих заболеваний больного, высокого операционного риска; 4) тактические принципы клиники - стандарт многоэтапного лечения; 5) техническая и психологическая неготовность хирурга к сочетанной операции; 6) отказ больного от сочетанной операции.

Таким образом, часть больных выписывали из стационаров с неустановленным и неустраненным хирургическим заболеванием. В дальнейшем они оказывались в числе пациентов с неудовлетворительными результатами лечения и являлись частыми посетителями хирургических кабинетов поликлиник и стационаров. Другие больные, которым диагноз сочетанного хирургического заболевания был установлен ранее, нуждались в повторной операции. Да и радикальные вмешательства у больных этой категории были технически сложнее из-за возможного спаечного процесса, изменения анатомических взаимоотношений органов. Немаловажное значение имеет и экономический аспект. Больные получали лист нетрудоспособности на более длительный (в 2 и в 3 раза) срок, на их лечение затрачивались значительные финансовые средства.

В настоящей работе нами обобщены результаты сочетанных заболеваний и операций, выполненных 600 больным, которые были распределены по 9 клиническим группам в зависимости от основного хирургического заболевания органов брюшной полости. Гинекологические заболевания имели место у 155 больных, послеоперационные вентральные грыжи - у 136, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки -

у 77, грыжи передней брюшной стенки, внутренние грыжи - у 74, желчнокаменная болезнь - у 68, острый аппендицит - у 44, спаечная болезнь брюшины, непроходимость кишечника - у 32, патология дивертикула Меккеля - у 7, другие заболевания - у 7.

В стационары неотложной хирургии больные с гинекологическими заболеваниями поступали чаще с острыми болями в животе. С подозрением на острый аппендицит были направлены 142 человека, на острый живот - 3, непроходимость кишечника - 2, острый холецистит - 2, перекрут кисты яичников - 2, перитонит неясной этиологии - 2, печеночную колику - 1, апоплексию яичника - 1, внематочную беременность - 1. На догоспитальном этапе и в приемном отделении у 11 (7%) женщин было заподозрено сочетанное заболевание.

У большинства из 44 больных, поступивших по экстренным показаниям и прооперированных по поводу аппендицита, была довольно ясная картина острого заболевания. Об этом свидетельствовали, например, диагнозы врачей при поступлении больных в стационар. Так, с диагнозом острого аппендицита госпитализировали 39 больных, острого живота - 2, острого холецистопанкреатита - 2 и острой непроходимости кишечника - 1. У 39 пациентов этой клинической группы сочетанные заболевания носили индифферентный характер, у 6 - были этиологически и патогенетически взаимосвязаны.

В условиях плановой работы частыми были грыжи передней брюшной стенки, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания желчных путей. Значительное число больных (136 чел.) было объединено в группу с послеоперационными вентральными грыжами, сочетавшимися со спаечной болезнью, аппендицитом, заболеваниями придатков матки. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки сочеталась с различными заболеваниями. У 29 больных имелась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, у 16 - хронический аппендицит, у 12 - спаечная болезнь брюшины с вовлечением тонкой кишки, большого сальника,

у 10 - желчнокаменная болезнь. В настоящее время желчнокаменная болезнь значительно распространена и нередко сочетается с другими заболеваниями, осложняющими ее течение, - со спаечной болезнью брюшины (у 15), послеоперационными вентральными грыжами (у 11), грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (у 10), хроническим аппендицитом (у 6) и др. Желчнокаменная болезнь сочеталась с ожирением у 60-70% больных, причем у 10-15% больных с его тяжелой степенью.

Нами выделена группа пациентов с грыжами передней брюшной стенки, в которую не вошли больные с послеоперационными вентральными грыжами в связи с различным механизмом их происхождения. Наиболее часто встречались двусторонние паховые грыжи (34), сочетание паховой грыжи и аппендицита (10), паховых и пупочных грыж (4) и др. Сложность хирургического лечения сочетанных заболеваний заключается в трудности выбора рационального операционного доступа, определении последовательности вмешательства, травматичности манипуляций, особенно когда действия хирурга распространяются на несколько органов, опасностях инфекционного характера ввиду частого вскрытия просвета полых органов.

600 больным с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости и передней брюшной стенки произведено 1280 операций. Целесообразность выполнения сочетанных операций под наркозом из срединного доступа не оспаривается. Однако когда сочетанное заболевание до операции не выявляется, вмешательство иногда производят под местной анестезией, из малого разреза и т. п. Выполнение операций на передней брюшной стенке, в частности при множественных грыжах, возможно и под местной анестезией.

Важным моментом при хирургическом лечении сочетанных заболеваний является выбор операционного доступа. Опыт большинства хирургов [1, 3, 6] и наши наблюдения убеждают в наибольшей рациональности срединной лапаротомии. Этот доступ наименее травматичен, при необходимости может быть расширен без дополнительной травмы мышц и сосудисто-нервных пучков. Кро-

ме того, он обеспечивает возможность полноценной ревизии и выполнения практически любой операции на органах брюшной полости.

У 132 пациенток с гинекологическими заболеваниями как основными операции выполнялись из доступа Волковича - Дьяконова, причем у 37 из них хирурги были вынуждены расширить операционную рану для удобства манипуляций. Нижнесрединная лапаротомия была произведена у 19 женщин, так как из доступа в правой подвздошной области выполнить операции на придатках матки не удалось. У 21 больной операции были начаты и успешно завершены из нижнесрединного доступа, у 2 - из доступа по Ленандеру. Всего у больных этой группы выполнено 333 хирургических вмешательства, последовательность которых определялась по принципу от простого к сложному, от чистой к менее чистой операции. После лапаротомии и ревизии органов брюшной полости приступали к вмешательствам на придатках, а затем - на червеобразном отростке. Этот вариант наиболее типичный и часто используется в клинической практике. Среди операций на придатках матки более частыми были резекция яичника (65 операций), тубэктомия (40), удаление кист яичников (37), ушивание яичника (20) и т. д.

Наряду с аппендэктомией больным производились следующие операции: резекция яичника (у 22), дивертикула Меккеля (у 10), большого сальника (у 4) и др. У 37 человек был использован доступ Волковича-Дьяконова, у 4 - нижняя срединная лапаротомия, а у 3 - параректальный доступ.

Оптимальным доступом при лечении сочетанных заболеваний органов верхнего отдела брюшной полости является верхняя срединная лапаротомия, при этом всегда возможно выполнение операции на желудке, печени, желчном пузыре, поджелудочной железе и др.

Последовательность хирургических вмешательств в этой анатомической области определяется с учетом характера заболеваний. Вначале выполняются операции без вскрытия полых органов, например устранение грыж пищеводного отверстия диафрагмы, рассечение спа-

ек, резекция большого сальника, грыжесечение и другие вмешательства, затем действия хирургов распространяются на полые органы (желудок, двенадцатиперстная кишка, желчный пузырь), последовательность которых определяется по принципу минимальной инфицированности.

Группе больных, страдавших язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, как сочетанные были выполнены следующие вмешательства: устранение грыж пищеводного отверстия диафрагмы (у 29), аппендэктомия (у 16), рассечение спаек с мобилизацией петель тонкой кишки, большого сальника из-за обширного спаечного процесса, как правило, в нижнем отделе брюшной полости, причем только у 9 из 12 до операции предполагался обширный спаечный процесс, у других клиническая картина была невыраженной (у 12), а также холецистэктомия (у 10). Эти операции, как правило, сопровождаются значительной травматичностью, повреждением тканей, особенно при резекции желудка. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а тем более при ее сочетании с каким-либо другим заболеванием показаны органосохраняющие операции, что значительно снижает риск послеоперационных осложнений, и прежде всего несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и анастомозов.

У 15 больных желчнокаменной болезнью, наряду с холецистэктомией, выполнялось рассечение спаек после ранее сделанных операций, как правило, с вовлечением тонкой кишки, большого сальника. У 11 человек были устранены послеоперационные вентральные грыжи, у 10 - грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, у 5 как сочетанное вмешательство было произведено илео-еюнальное шунтирование при ожирении IV степени (масса тела больных - от 120 до 140 кг).

Таким образом, изучение ближайших и отдаленных результатов сочетанных абдоминальных операций показало, что число осложнений при их выполнении не превышает таковых при использовании обычных методов лечения. Тем не менее мы не склонны считать, что эти операции безопасны. Их следует прово-

дить только высококвалифицированным хирургам, по четко обоснованным показаниям, причем если сочетанные вмешательства целесообразны в плановом порядке, то в условиях экстренной хирургии они чаще рассматриваются как тактическая ошибка. Исключением можно считать лишь одновременное сочетание двух острых хирургических заболеваний, но такие варианты в практической медицине являются редкостью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрашитов Р.Р., Шолин Н.В., Файнштейн А.В. и др. Проблемы колопроктологии. Республиканский сборник научных трудов. /Под ред. Акад. РАМН, проф. Г.И. Воробьева, И.Л. Халифа. -М., 2000. -Вып. 17. -С. 249-251.
2. Баулина Н.В. // Вестн. хир.- 2004.-№2.- С.87-91.
3. Бугаев А.И. // Вестн. хир. -1997.-№ 1.- С.126-128.
4. Ганцев Ш.Х. Оптимизация диагностики и хирургических методов лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости: Автореф. дисс.... докт. мед. наук.-М., 1989.

УДК 616. 33/. 34 - 089. 86

НИЖНЕГОРИЗОНТАЛЬНЫЕ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ

Р. Ш. Шаймарданов, М. А. Купкенов

Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. - доц. Р. Ш. Шаймарданов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта после резекции желудка выполняется обычно в двух вариантах: прямые гастродуоденоанастомозы - Бильрот I (Б-I) и гастроеюноанастомозы - Бильрот II (Б-II). В функциональном отношении более выгодны гастродуоденоанастомозы с сохранением дуоденального пассажа. Но достаточно часто имеют место противопоказания к формированию этих анастомозов, чаще хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки (ДПК), а иногда они трудно осуществимы при выраженных рубцовых изменениях в пилородуоденальной зоне [5].

Наиболее часто выполняются гастроеюноанастомозы по Б-II. Существует много способов их формирования. В основном анастомозы накладывают по резекционной линии культи желудка (оральные анастомозы) в различных

5. Дадвани С.А., Кузнецов Н.А. и др. // Хирургия.- 1999.-№ 8.-С. 37-39.

6. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А. и др. // Хирургия.-2002.-№7.-С. 41-46.

7. Олифирова О.С., Омельченко В.А., Гончарук Г.В. и др. // Вестн. хир. - 2002.- № 5.- С. 84-86.

8. Порханов В.А., Барбухатти К.О., Поляков И.С. и др. Материалы 2-й ежегодной научно-практической конференции.- Торакальная онкология.- Краснодар, 2004.-С.22-23.

9. Федоров В.Д. //Хирургия.-1993.-№ 3.-С. 3-7.

Поступила 04.09.04.

SURGICAL TREATMENT OF COMBINED DISEASES OF ABDOMINAL CAVITY ORGANS

Sh.Kh. Gantsev, K.Sh. Gantsev

S u m m a r y

The experience of surgical treatment of 600 patients with combined abdominal pathology is studied. It is established that immediate and remote results of combined abdominal operations and rate of complications are not different from standard treatment. Planned combined interventions are appropriate, but such operations in urgent surgery are often considered as tactical error. Only simultaneous presence of two acute surgical diseases can be considered as exception but such variants in medical practice are rare.

вариантах [1]. Кроме оральных, были предложены анастомозы по большой кривизне культи желудка, так называемые нижнегоризонтальные [2]. Все эти анастомозы производят открытым способом со швом через все слои стенки анастомозируемых органов, что в определенной степени ведет к загрязнению операционного поля. Кроме того, обвивные швы через все слои стенок анастомозируемых органов провоцируют развитие анастомозитов [3, 6].

Нами предложен новый способ нижнегоризонтального электрохирургического желудочно-кишечного анастомоза [4], который заключается в следующем. После мобилизации по большой и малой кривизне по намеченной резекционной линии желудок прошивают от малой до большой кривизны сшивающим аппаратом (УО-60) наглухо и пересекают по нижнему краю механически