

Кулаков А.А.

ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД

*Саратовский государственный медицинский
университет, г. Саратов*

Цель исследования: изучение особенностей хирургических аспектов у больных ВИЧ/СПИД.

Материал и методы: В основу работы положен анализ результатов лечения 75 больных с абдоминальной хирургической патологией, госпитализированных в различные стационары Саратовской и Ульяновской областей в период с 1999 по 2004 гг.

Полученные результаты: согласно классификации В.И.Покровского (1989) 31(41,3%) человек находились в стадии II Б ВИЧ-инфекции, 41(54,6%) - II В, 2(2,6%) - III В и 1(1,3%) в IV стадии. С острым аппендицитом было госпитализировано 10 больных (13,3%), с острым холециститом - 2(2,6%), с острым панкреатитом (в т.ч. панкреонекроз) - 5(6,6%), с закрытой травмой живота - 10(13,3%), по поводу ножевого ранения брюшной полости - 18(23,9%), по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки 6 (8,0%), по поводу кровоточащей язвы желудка и двенадцатиперстной кишки 3(4,0%), желудочно-кишечных кровотечений других локализаций - 6(7,9%), по поводу флегмоны забрюшинного пространства - 3(3,9%), с острой кишечной непроходимостью 3(4,0%), с туберкулёзным перитонитом - 1(1,3%), с другой патологией - 8(10,6%).

50 пациента (66,6%) оперированы, остальные лечились в хирургических стационарах консервативно. В большинстве случаев выполнялись открытые операции, хотя эндоскопические операции дают лучшие результаты у больных ВИЧ/СПИД [Yoshida EM, Chan NH, Chan-Yan C, Baird RM.,1997]. Лишь в 4 случаях (8,0%) больным выполнялись: холецистэктомия из минидоступа-1(2,0%), лапароскопическое дренирование брюшной полости - 1(2,0%), эндоскопическая гастроцистостомия -1(2,0%) и диагностическая лапароскопия - 1(2,0%).

В послеоперационном периоде различные осложнения возникли у 12 больных (16,0%), 2 из них умерло (2,6%). Всего умерло 5 пациентов (6,6%). Возможно, причиной сравнительно низкого процента осложнений и летальности у этой категории больных является высокий удельный вес пациентов с начальными стадиями ВИЧ-инфекции. По нашему мнению, дальнейшая работа хирургов над проблемой ВИЧ/СПИД невозможна без создания современных классификаций хирургических заболеваний и операций у ВИЧ-инфицированных пациентов. В связи с этим, нами разработаны классификации хирургических заболеваний и оперативных вмешательств у этих пациентов. Применение их позволило более рационально подойти к выбору объёма оперативных вмешательств у этих больных и разработать рекомендации по тактике хирургического лечения. Считаем, что во II стадии ВИЧ-инфекции больным показано выполнение стандартных по объёму оперативных вмешательств (таких же, как у больных без ВИЧ-инфекции). В III стадии ВИЧ-инфекции при уровне CD4клеток выше 0,2Ч10⁹/л - экстренные и плановые оперативные

Рис. 1. Концентрация IL-1b (1) и IL-4 (2) в сыворотке крови у пациентов.

вмешательства выполняются в полном объеме. При уровне CD4-клеток ниже 0,2Ч10⁹/л экстренные оперативные вмешательства выполняются в минимальном объеме, необходимо отдавать предпочтение видеоэндоскопической хирургии и операциям из минидоступа. При плановой патологии: показания к оперативному лечению сужаются, выполняются операции по поводу онкопатологии (следует стремиться к обструктивным резекциям), спленэктомия при тромбоцитопенической пурпуре. В IV стадии ВИЧ-инфекции экстренные оперативные вмешательства также выполняются в минимальном объеме, а в случае плановой патологии оперативное лечение не показано. Хотелось бы отметить, что среди хирургов сохраняется мнение о высокой опасности ВИЧ-инфицированных больных для персонала во время операций, что нашло отражение в ряде публикаций [Агапов В.В., Дубошина Т.Б., Мышкина А.К., 1989; Кузин М.И., 1991]. По нашему мнению, эта опасность несколько преувеличена. Банальные меры защиты: 2 пары хирургических перчаток, защитный щиток, маска, халат и бахилы вполне достаточны. Считаем необходимым более широкое применение диатермокоагуляции у этих больных (реже применяется режущий и колющий инструмент). За время эпидемии ВИЧ/СПИД в нашей области не было зарегистрировано связанного с профессиональной деятельностью случая заражения хирургов ВИЧ.

Выводы:

1. В настоящее время хирургический аспект ВИЧ-инфекции занимает довольно важное место в структуре заболеваемости у этих больных, что требует более глубокого изучения этой проблемы.
2. Дальнейшая разработка стандартов оперативного лечения, а также тесно связанных с ними методик проведения предоперационной подготовки и послеоперационного ведения ВИЧ-инфицированных больных, изучение морфологии ВИЧ-инфекции позволит улучшить результаты хирургических вмешательств у этих пациентов.