

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ

М.С. Громов, А.А. Кулаков

Саратовский Военно-медицинский институт

ВИЧ-инфекция – “болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита” – инфекционное заболевание, вызванное трансмиссивным вирусом иммунодефицита человека, характеризующееся медленным и неуклонным разрушением иммунной системы до синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований, приводящих к смерти.

В России за период с 1987 по 2004 гг. число ВИЧ-инфицированных превысило 280 тыс. человек, из которых 3682 больных умерли [3]. Растёт число инфицированных больных, обращающихся за помощью в отделения экстренной и плановой хирургии. Так, в США среди хирургических больных количество ВИЧ-инфицированных составляет 5,3% [4].

ВИЧ-инфекция поражает желудочно-кишечный тракт, вызывая кандидоз и изъязвления рта, пищевода, герпетические поражения [2]. У 3,4% больных СПИД выполняются абдоминальные операции [5]. Саркома Капоши в 40-80% поражает перианальную область, желудок, кишечник. Опухолевые узлы располагаются в подслизистом слое, имеют синеватый или бледно-розовый вид, вызывают кровотечения, перфорацию тонкой кишки, обтурацию кишки [1, 2, 6]. В единичных работах, посвящённых оказанию хирургической помощи больным ВИЧ/СПИД, нет единой тактики при решении вопросов об объёме вмешательств и ведении больных в послеоперационном периоде. Всё вышеперечисленное свидетельствует об актуальности проблемы ВИЧ/СПИД и необходимости изучения хирургических аспектов при этой болезни.

В период с 1996 по 2004 гг. в центрах СПИД Саратовской и Ульяновской областей состояло на учёте 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 426 пациентов (320 в Саратовской области, 44 в Ульяновской, 62 в медицинских учреждениях ГУИН Минюста РФ). Из этой группы нам удалось ретроспективно проанализировать результаты лечения 380 больных.

Согласно классификации В.И.Покровского [3], в этой группе больных 204 (53,7%) человека находились в стадии IIB ВИЧ-инфекции, 140 (36,8%) – в стадии IIB, 10 (2,6%) – IIIA, 19 (5,0%) – IIIB, 6 (1,6%) – IIIB и 1 (0,3%) – в IV стадии. С острыми заболеваниями органов брюшной полости госпитализировано 75 (19,7%) больных.

В этой подгруппе 31 (41,3%) человек находился в стадии IIB ВИЧ-инфекции, 41 (54,6%) – IIB, больных в IIIA и IIIB стадиях не было, у двоих (2,6%) была IIIB стадия и у одного (1,3%) – IV. Таким образом, 95,9% больных (абсолютное большинство) находились во II стадии ВИЧ-инфекции. В стадии вторичных заболеваний было всего лишь 3,9% пациентов, что, безусловно, накладывает отпечаток на результаты исследований.

Структура заболеваний органов брюшной полости у поступивших больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Абдоминальная хирургическая патология

Заболевания	Число больных		Число умерших
	абс.	%	абс.
Острый аппендицит	10	13,3	1
Острый холецистит	2	2,6	-
Острый панкреатит (в т.ч. панкреонекроз)	5	6,6	-
Киста поджелудочной железы	1	1,3	-
Закрытая травма живота без повреждения внутренних органов	1	1,3	-
Закрытая травма живота с повреждением внутренних органов	9	12,0	-
Ножевое ранение живота без повреждения внутренних органов	8	10,6	-
Ножевое ранение живота с повреждением внутренних органов	10	13,3	-
Посттравматическая гематома селезёнки	1	1,3	-
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённая перфорацией	6	8,0	-
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённая кровотечением	3	4,0	-
Эрозивный гастродуоденит. Желудочно-кишечное кровотечение	4	5,3	1
Синдром Маллори-Вейсса	2	2,6	-
Послеоперационная вентральная грыжа	1	1,3	-
Инфильтрат забрюшинной клетчатки	1	1,3	1
Флегмона забрюшинного пространства	2	2,6	-
Незаращение урахуса	1	1,3	-
Толстокишечный свищ	1	1,3	-
Рак печени	1	1,3	1
Геморроидальное кровотечение	2	2,6	-
Острая кишечная непроходимость	3	4,0	-
Туберкулёзный язвенный энтероколит, осложнённый перфорацией	1	1,3	1
Всего:	75	100,0	5

При анализе характера заболеваний обращает на себя внимание, что большинство пациентов — 28 (37,2%) поступали с закрытой травмой живота, колото-резаными ранениями брюшной полости (как с повреждением, так и без повреждений внутренних органов).

Из острых воспалительно-деструктивных заболеваний брюшной полости большинство больных поступило с острым аппендицитом – 10 (13,3%), осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – 9 (12%), острым панкреатитом – 6 (7,9%), а в 1 случае (1,3%) исходом панкреатита стала киста поджелудочной железы.

Меньшим было количество больных с острой кишечной непроходимостью

– 3 (4,0%) и, особенно, с острым холециститом – 2 (2,6%), что не характерно для больных ВИЧ/СПИД [5]. Низким было и число пациентов с геморроем – 2 (2,6%), что также не соответствует литературным данным [4] и, возможно, связано с низкой обращаемостью за медицинской помощью, высоким процентом асоциальных больных (74%) в исследуемой группе.

Обращает внимание появление больных с инфильтратами забрюшинного пространства с формированием в 2 случаях (2,6%) забрюшинной флегмоны, перфоративного специфического язвенного энтероколита (1 больной, 1,3%), характерной для больных СПИД. Столь малый процент этих больных связан с низким числом пациентов в стадии вторичных заболеваний в исследуемой группе.

Характер оперативных вмешательств представлен в табл.2.

Таблица 2

Структура оперативных вмешательств

Операции	Число больных		Число умерших
	абс.	%	абс.
Аппендэктомии	7	14,0	1
Спленэктомии	9	18,0	-
Резекция желудка по Б-I	1	2,0	-
Резекция желудка по Б-II	1	2,0	-
Эндоскопическая гастроцистостомия	1	2,0	-
Диагностическая лапароскопия	1	2,0	-
Лапароскопическое дренирование брюшной полости	1	2,0	-
Холецистэктомия из минидоступа	1	2,0	-
Энтеролиз с НГИИТК	1	2,0	-
ПХО ран брюшной стенки	4	8,0	-
Ушивание раны толстой кишки	2	4,0	-
Ушивание печени	3	6,0	-
Ушивание двенадцатиперстной кишки	3	6,0	-
Ушивание желудка	2	4,0	-
Ушивание язвы желудка	3	6,0	-
Пилоропластика по Джадду	1	2,0	-
Илеотрансверзостомия	1	2,0	1
Диагностическая лапаротомия	4	8,0	-
Вскрытие забрюшинной флегмоны	2	4,0	-
Вскрытие абсцесса брюшной полости	1	2,0	-
Иссечение толстокишечного свища	1	2,0	-
Всего:	50	100	2

В большинстве случаев выполнялись открытые операции, хотя закрытые операции дают лучшие результаты у больных ВИЧ/СПИД [6]. 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%). Необходимо

отметить, что эндовидео- и операции из минидоступа сопровождались низким процентом осложнений: лишь в 1 случае (2,0%) после гастроцистостомии возникло кровотечение, что потребовало открытой операции. Летальных исходов после этих операций не было.

Из открытых операций наиболее часто выполнялись спленэктомии (по поводу травм) – 9 (18,0%), аппендэктомии – 7 (14,0%), диагностическая лапаротомия – 4 (8,0%), ПХО ран брюшной стенки – 4 (8,0%).

Послеоперационные осложнения возникали у наших больных редко (табл. 3).

Таблица 3

Послеоперационные осложнения

Осложнения	Число больных		Число умерших
	абс.	%	абс.
Нагноение раны	4	36,3	-
Вентральная грыжа	1	9,1	-
Кровотечение	1	9,1	-
Пневмония	1	9,1	-
Эвентрация кишечника	1	9,1	-
Гематома послеоперационной раны	1	9,1	-
Лигатурные свищи	1	9,1	-
Формирование межпетельных абсцессов	2	9,1	2
Всего:	12	100	2

Умерли 5 (6,6%) больных, из них 2 (2,6%) – после операции. В 3 (4,0%) случаях причиной смерти был перитонит, в 1 (1,3%) – желудочно-кишечное кровотечение, источником которого был эрозивный гастродуоденит и в 1 (1,3%) случае – рак печени.

Возможно, причиной сравнительно низкого процента осложнений и летальности у этой категории больных является высокий удельный вес пациентов с начальными стадиями ВИЧ-инфекции (что соответствует общероссийским тенденциям).

Среди хирургов сохраняются мнение о высокой опасности ВИЧ-инфицированных больных для персонала во время операций, что находит отражение в ряде публикаций [1,2]. 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 хирурга ВИЧ.

Выводы.

1. В настоящее время хирургический аспект ВИЧ-инфекции занимает всё более важное место в структуре заболеваемости у этих больных, с чем связана необходимость более глубокого изучения этой проблемы.

2. Увеличение числа больных ВИЧ/СПИД требует создания современной классификации хирургической патологии у ВИЧ-инфицированных больных.

3. Целью дальнейших исследований может быть разработка стандартов оперативного лечения, как по экстренным, так и по плановым показаниям, а также тесно связанных с ними методик проведения предоперационной подготовки и послеоперационного ведения ВИЧ-инфицированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов В.В., Дубошина Т.Б., Мышкина А.К. // Вестн. хир. – 1989. – №8. – С.130-133.
2. Кузин М.И. // Хирургия. – 1991. – №10. – С.6-10.
3. Покровский В.В. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – №4. – С. 4-6.
4. Hebra A., Adams D.B., Holley H.P. (Jr.) // J. S.C. Med. Assoc. – 1990. – V. 86. – P.479-483.
5. Wolkomir A.F., Barone J.E., Hardy H.W. 3rd, Cottone F.J. // Dis. Colon. Rectum. – 1990. – V.33. – P.267-270.
6. Yoshida E.M., Chan N.H., Chan-Yan C., Baird R.M. // Can. J. Gastroenterol. – 1997. – V.11. – P.38-40.

ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛЬНЫХ ОТМОРОЖЕНИЙ

В.А. Дербенев, Э.Ш. Якубов

ГНЦ лазерной медицины

Проблема лечения отморожений нижних конечностей остается далекой от своего разрешения и в настоящее время. В раннем реактивном периоде после криотравмы происходит восстановление кровоснабжения и формирование в течение нескольких дней формы отморожения: поверхностной или глубокой. В результате нарушений кровоснабжения и лимфооттока пораженные ткани длительное время находятся в состоянии некробиоза, и задачей лечебных мероприятий является максимально быстрое и полное восстановление нутритивного кровотока и уменьшение объема погибших тканей.

Ведущими звеньями в развитии некроза тканей после криотравмы являются: нарушения нервной регуляции циркуляторных процессов и дистония сосудов, сгущение крови и образование тромбов, циркуляторная гипоксия с прогрессированием дистрофических, некротических и воспалительных изменений в охлажденных тканях. Лечебные мероприятия направлены на возможно раннее и полное восстановление адекватного кровоснабжения охлажденных тканей. В ГНЦ лазерной медицины Росздрава в комплексном лечении больных с отморожениями конечностей используется высокоэнергетическое и низкоинтенсивное лазерное излучение. Низкоинтенсивная лазерная терапия эффективно влияет на все патогенетические звенья развития отморожений.

Проведен сравнительный анализ комплексного лечения 102 пациентов с отморожениями конечностей II-IV степени в возрасте от 19 до 62 лет. Поверхностные отморожения выявлены были у 42 больных, и глубокие – у 60. 20 больным с поражением II степени и 30 пациентам с отморожениями III-IV степени проведена традиционная терапия, включающая антикоагулянты, улучшающие микроциркуляцию препараты, антибиотики, физиотерапию, а у 52 (22 со II степенью и 30 с III-IV степенью поражения) больных в комплекс лечебных мероприятий включена низкоинтенсивная лазерная терапия. Основная методика состояла в стабильном контактном положении излучающих головок лазерного аппарата в области сфено-бедренного треугольника и подколенных ямок. Использовали импульсное излучение с длиной волны 0,89 мкм, выходной мощностью 6-8 Вт, частотой из-