

Р. С. Демус, М. С. Опанасенко, В. І. Клименко, М. І. Калениченко, Л. М. Загаба

ХІРУРГІЧНА ДОПОМОГА ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ХВОРИМ З ПЛЕВРАЛЬНИМИ ВИПОТАМИ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Вступ. Нажаль у вітчизняній літературі питання надання хірургічної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД обговорюються мало, стандарти відсутні, тому і показники ефективності значно відрізняються. Метою нашої роботи є ознайомлення торакальних хірургів і лікарів інших спеціальностей з можливостями проведення хірургічних втручань пацієнтам з ВІЛ/СНІДом в умовах фтизіохірургічного стаціонару на прикладі досвіду клініки.

Матеріали і методи. За 7 років (з 2006 по 2013 рр.) в клініці торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України" було прооперовано 107 ВІЛ-інфікованих пацієнтів з плевральними випотами (ПВ).

В групі спостереження переважали чоловіки – 79 (73,8 %), жінок було 28 (26,2 %). Із числа пацієнтів у віці 18 – 35 років було 94 (87,8 %) випадків, 36 – 40 років – 12 (11,2 %) випадків і старших 40 років – 1 (1,0 %) пацієнт. Таким чином переважали пацієнти молодого працездатного віку. Лабораторно підтверджений СНІД був зафіксований у 41 (38,3 %) пацієнта. Із супутньої патології у 62 (57,9 %) пацієнтів була наркоманія, у 48 (44,9 %) випадках — вірусний гепатит В або С, хронічний алкоголізм був зафіксований у 23 (21,5 %) випадку. ВІЛ-асоційовані захворювання спостерігались в 35 (32,7 %) випадках. Були вивчені

матеріали цитологічного, мікробіологічного дослідження плеврального випоту, а також біоптати плеври (цитологічне і морфологічне дослідження). Всім хворим проводилось рентгенологічне обстеження: багатоосова рентгенографія і комп'ютерна томографія органів грудної клітки.

Результати і обговорення. Нами отримано нозологічний розподіл ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ПВ: туберкульозний ПВ з ураженням легень 39 (36,4 %), без ураження легень 34 (31,7 %), неспецифічний ПВ 19 (17,7 %), неспецифічна емпієма плеври 7 (6,5 %), гостра специфічна емпієма плеври з бронхіальною норичею 3 (2,8 %), хронічний специфічний піопневмоторакс з бронхіальною норичею 2 (1,9 %), хронічний туберкульоз плеври 2 (1,9 %), лівобічний метастатичний плеврит (при саркомі Капоши) 1 (1,1 %).

Пацієнтам виконано наступні види оперативних втручань: відеоторакоскопія (ВТС) з біопсією плеври 84 (78,4 %), торакоскопія з біопсією плеври 8 (7,4 %), закрита трансторакальна біопсія парієтальної плеври (ЗТБПП) з наступним дрениванням плевральної порожнини 6 (5,6 %), дренивання емпієми плевральної порожнини 6 (5,6 %), плевректомія з декортікацією лівої легені і атипovou резекцією S4 лівої легені (хронічний туберкульоз плеври) 1 (1,0 %), плевректомія з декортікацією лівої легені і пластикою бронхіальної норичі лоскутом

перикардіального жиру на судинній ніжці (неспецифічна емпієма) 1 (1,0 %), торакастомія справа з наступними етапними екстраплевральними торакопластиками і закриттям торакастими (специфічна туберкульозна емпієма) 1 (1,0 %).

Висновки

1. При виборі методу оперативного втручання у ВІЛ-інфікованих пацієнтів перевагу слід надавати таким втручанням, що передбачають мінімальні репаративні зусилля з боку пацієнта, навіть якщо вони (операції) носять умовно-радикальний характер.

2. ВТС втручання є малотравматичними і високоефективними методами діагностики та лікування захворювань органів грудної клітки, а тому у ВІЛ-інфікованих пацієнтів вони повинні бути пріоритетними.

3. Великі оперативні втручання можливі у відбіркового контингенту хворих на ВІЛ/СНІД.

4. Питання надання хірургічної допомоги хворим з ВІЛ/СНІДом в нашій державі потребують подальшого вивчення та обговорення з удосконаленням нормативно-правової складової.
