

УДК: 616.24–007.272–036.12–089

М. С. Опанасенко, Л. І. Леванда, О. В. Терешкович, М. І. Калениченко, Б. М. Конік, О. Е. Кшановський, Р. С. Демус, Є. В. Климець, О. К. Обремська, В. І. Борисова, І. М. Купчак
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Можливості хірургічного лікування патології органів дихання у хворих із коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень

Ключові слова: хірургічне лікування, хронічне обструктивне захворювання легень, спірометрична класифікація GOLD, задишка.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є найбільш поширеною коморбідною формою патології легень, що зустрічається у хворих, які потребують хірургічного лікування [3, 9]. Дана проблема набуває особливого значення, коли оперативне втручання проводиться безпосередньо на органах дихання. Скомпроментовані легені зумовлюють частіше виникнення післяопераційних респіраторних та інфекційних ускладнень, що є однією з головних причин відмови надання належної хірургічної допомоги хворим на туберкульоз, онкологічну патологію та неспецифічне ураження легень. Проте ХОЗЛ – це проблема, актуальність якої в усьому світі стрімко зростає [1, 7, 10–13]. Неприятливий прогноз та невтішна статистика щодо поширеності ХОЗЛ, стан довкілля, збереження впливу факторів ризику опосередковано будуть зумовлювати збільшення хірургічного активу. В медико-соціальному та економічному плані ХОЗЛ є однією з основних причин захворюваності та смертності в усьому світі, і на сьогодні це єдине захворювання, показник смертності від якого продовжує зростати [2, 9, 11, 13]. Так, за прогнозами фахівців, до 2020 року ця патологія з 12-го місця найпоширеніших у світі захворювань переміститься на 5-те місце, а як причина смертності – з 6-го підніметься на 3-тє, за соціально-економічними збитками – посяде 5-те місце [7, 18].

Загалом, на ХОЗЛ хворіє від 8 до 22 % дорослого населення віком від 35 років і старше; у чоловіків захворювання зустрічається частіше, ніж у жінок. Даний показник в країнах Євросоюзу становить 6 %. Причому, на думку експертів Європейського респіраторного товариства, від 9 до 30 % осіб із ХОЗЛ не підозрюють про наявність у них захворювання [7, 17]. Зазвичай, ХОЗЛ не діагностується до розвитку клінічно виражених стадій. Тільки 25 % випадків захворювання діагностуються своєчасно. Близько 65 % пацієнтів з діагностованим ХОЗЛ не отримують адекватної терапії [10, 14].

Серед причин цієї сумної статистики можна виділити: низький рівень ранньої діагностики ХОЗЛ, низьку поінформованість населення про симптоми і наслідки цієї патології, зневажливе ставлення до власного здоров'я, недостатню пропаганду здорового способу життя, а саме – припинення тютюнокуріння, погіршення екологічної ситуації, зростання захворюваності на туберкульоз та СНІД, недостатня настороженість лікарів первинної ланки щодо пацієнтів з ранніми симптомами і чинниками ризику розвитку ХОЗЛ, недостатнє оснащення поліклінічних відділень сучасною апаратурою для проведення спірометричних досліджень [6, 7, 9, 18]. Проте особливою проблемою цієї когорти пацієнтів поряд із ураженням легень є наявність позалегенових

© М. С. Опанасенко, Л. І. Леванда, О. В. Терешкович, М. І. Калениченко, Б. М. Конік, О. Е. Кшановський, Р. С. Демус, Є. В. Климець, О. К. Обремська, В. І. Борисова, І. М. Купчак, 2014

системних ефектів, до яких призводить ХОЗЛ, а також супутніх захворювань (серцево-судинні захворювання, метаболічний синдром, дисфункція скелетних м'язів, остеопороз, анемія, цукровий діабет, синдромом обструктивного апное/гіпопное сну, туберкульоз органів дихання, рак легень, депресія), які взаємообтяжують один одне та накладають характерний відбиток на періопераційний період, підвищуючи ризик несприятливих подій, який у них і так значно вищий порівняно із загальною популяцією хворих [10, 12, 14, 19, 20]. Крім того, вплив хірургічних та анестезіологічних факторів у результаті оперативного втручання викликає зменшення легеневого об'єму і функціональної залишкової ємності, що призводить до зниження розтяжності легень та збільшенню шунта, що негативно впливає на перебіг ХОЗЛ. Періопераційний стрес сприяє зниженню гуморального та клітинного імунітету (як загального, так і місцевого), а також порушує роботу мукоциліарного апарату, що, в свою чергу, ще більше дестабілізує перебіг ХОЗЛ [3, 8].

Матеріали та методи дослідження

У відділенні торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» було проаналізовано 42 випадки хірургічного лікування патології органів дихання у хворих із супутнім ХОЗЛ. У всіх пацієнтів діагноз ХОЗЛ було встановлено достовірно: вік більше 35 років, відповідна клінічна картина, наявність обструкції повітроносних шляхів, підтверджена постбронходилатаційною спірометрією (через 10–15 хвилин після прийому 400 мг салбутамолу). Згідно зі спірометричною класифікацією GOLD [10]

за ступенем тяжкості порушень прохідності дихальних шляхів хворих було розподілено таким чином:

- GOLD1 (легка бронхообструкція): $ОФВ_1 \geq 80\%$ належного – 12 (28,6 %);
- GOLD2 (помірна): $50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$ належного – 17 (40,5 %);
- GOLD3 (тяжка): $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ належного – 9 (21,4 %);
- GOLD 4 (вкрай тяжка): $ОФВ_1 < 30\%$ належного – 4 (9,5 %).

Залежно від характеру та зони ураження хворим було проведено різні оперативні втручання (табл. 1).

Більшість хворих було прооперовано з приводу онкологічної патології – 18 (42,9 %), туберкульоз органів дихання мав місце у 15 (35,7 %) пацієнтів, неспецифічне ураження спостерігалось в 9 (21,4 %) випадках. Серед хворих переважали чоловіки – 31 (73,8 %), жінок було 11 (26,2 %). Віковий діапазон був такий: 35–45 років – 7 (16,7 %) пацієнтів, 46–55 років – 10 (23,8 %), 56–65 років – 16 (38,1 %), старше 65 років – 9 (21,4 %). Отже, переважна більшість пацієнтів була працездатного віку – 33 (78,6 %).

Роботу виконано за кошти державного бюджету.

Результати та їх обговорення

Успішність хірургічної тактики багато в чому залежить від комплексної оцінки тяжкості та ушкоджуючого впливу ХОЗЛ на кожного окремого хворого на передопераційному етапі з урахуванням поточного рівня симптомів, тяжкості спірометричних порушень, ризику і/або загострення ХОЗЛ, наявності та ступеня компенсації супутньої патології. За даними нашої клініки, вперше в умовах хірургічного стаціонару ХОЗЛ було діагностовано

| Різновиди оперативних втручань у хворих з хірургічною патологією органів дихання та супутнім ХОЗЛ | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|---------|---------|
| Вид оперативного втручання | Кількість хворих, абс. (%) | | | |
| | GOLD1 | GOLD2 | GOLD3 | GOLD4 |
| Пулмонектомія | 1 (2,4) | 3 (7,1) | – | – |
| Лобектомія | 4 (9,5) | 2 (4,8) | 1 (2,4) | – |
| Первинна торакопластика | – | – | 1 (2,4) | 1 (2,4) |
| Пластика купола діафрагми | – | 1 (2,4) | – | – |
| Типова сегментарна резекція легені | 3 (7,1) | 2 (4,8) | 1 (2,4) | – |
| Відкрита біопсія легені | – | 3 (7,1) | 2 (4,8) | 1 (2,4) |
| Плевректомія | 1 (2,4) | 2 (4,8) | – | – |
| Відеоторако-скопія | біопсія плеври | – | 3 (7,1) | 3 (7,1) |
| | біопсія внутрішньогрудинних лімфовузлів | 2 (4,8) | 1 (2,4) | – |
| | біопсія утворення середостіння | 1 (2,4) | – | 1 (2,4) |
| Трансторакальна голкова біопсія плеври з дренажуванням плевральної порожнини | – | – | – | 2 (4,8) |

у 20 (47,6 %) хворих, хоча скарги спостерігалися тривалий час. Серед хворих із раніше встановленим ХОЗЛ лікування отримували лише 16 (72,7 %), а адекватну базову терапію – 12 (54,5 %) пацієнтів. Основним симптомом ХОЗЛ є задишка, що має стійкий та персистуючий характер. Для оцінки даного симптому автори використовували Модифіковану шкалу задишки Медичної дослідницької ради (мМДР) (Modified Medical Research Council (MMRC) Dyspnea Scale) [10] (табл. 2).

Таким чином, більшість хворих із ступенем обструкції GOLD1 і GOLD2 мають задишку < 2 балів – 22 (75,8 %) із 29 пацієнтів, у той час як більшість хворих із ступенем обструкції GOLD3 і GOLD4 мають задишку \geq 2 балів – 10 (76,9 %) із 13 пацієнтів. Оцінка задишки в межах 2 балів у хворих із ступенем обструкції GOLD1 і GOLD2 була зумовлена відсутністю базового лікування, а хворих із ступенем обструкції GOLD3 і GOLD4 – неадекватністю медикаментозної підтримки та загостренням ХОЗЛ. Після консультації пульмонолога в результаті призначеної терапії в групах GOLD1 і GOLD2 вдалося повністю досягти зменшення задишки < 2 балів, а в групах GOLD3 і GOLD4 – стабілізувати задишку у 8 (80,0 %) із 10 хворих в межах 2 балів. Крім того, для оцінки впливу ХОЗЛ на повсякденну активність хворого та його самопочуття автори застосовували тест оцінки ХОЗЛ (TOX) (COPD Assessment Test – CAT) [10]. TOX складається з 8 пунктів, які вимірюють погіршення статусу здоров'я при ХОЗЛ. Загальний рахунок визначається як сума балів відповідей на кожне із 8 запитань і знаходиться в межах від 0 до 40 та тісно корелює зі статусом здоров'я пацієнта (табл. 3).

TOX \geq 10 вказує на вираженість симптомів ХОЗЛ. Згідно з даними, наведеними у таблиці 3, можна сказати, що не завжди існує кореляція між ступенем обструкції та порушенням статусу здоров'я пацієнта. Так, хворі

можуть мати відносно добрий і відносно поганий статус здоров'я, як у межах легкого і помірного ступеня обструкції, так і в межах важкого та вкрай важкого ступеня обструкції. Як показує практика, багато в чому це залежить від коморбідного стану хворого. Серед пацієнтів з хірургічною патологією органів дихання та супутнім ХОЗЛ, що перебували на лікуванні в нашій клініці, супутня соматична патологія мала місце у 34 (80,9 %) випадках, причому більшість із них мала поєднання двох і трьох хронічних захворювань:

- артеріальна гіпертензія (АГ) – 10 (23,8 %);
- ішемічна хвороба серця (ІХС) – 6 (14,3%);
- АГ та ІХС – 8 (19,0 %);
- ІХС та цукровий діабет – 3 (7,1 %);
- АГ, ІХС, синдром обструктивного апное–гіпноє сну – 5 (11,9 %);
- АГ, ІХС, тромбоз глибоких вен – 2 (4,8 %).

Тому для оцінки хірургічної перспективи у кожному випадку потрібна клінічна оцінка стану пацієнта. Саме тяжкість клінічних симптомів потребує приділити увагу багатовимірній оцінці стану ХОЗЛ, а не тільки категоризації за ступенем тяжкості погіршення функції дихання або обмеження активності. На наш погляд, найбільш практичними є мультипараметричні індекси BODE і NODEN [4, 5, 15, 16]. Найчастіше вони застосовуються як предиктори виживаності хворих із ХОЗЛ. Проте показники, які в них визначаються, можуть бути з успіхом використані в комплексній оцінці можливих післяопераційних ускладнень у даній категорії пацієнтів.

Прогностична цінність індексу BODE полягає у необхідності обчислення індексу маси тіла, адже значна втрата ваги є несприятливим фактором, оскільки в післяопераційний період буде визначальним в дисфункції скелетних та дихальних м'язів. Слід зазначити, що визначення індексу BODE має особливо важливе значення

| Оцінка задишки в балах | Кількість хворих, абс. (%) | | | |
|------------------------|----------------------------|-----------|---------|---------|
| | GOLD1 | GOLD2 | GOLD3 | GOLD4 |
| 0 | 4 (9,5) | 2 (4,8) | – | – |
| 1 | 6 (14,3) | 10 (23,8) | 3 (7,1) | – |
| 2 | 2 (4,8) | 5 (11,9) | 4 (9,5) | 2 (4,8) |
| 3 | – | – | 2 (4,8) | 1 (2,4) |
| 4 | – | – | – | 1 (2,4) |

| TOX в балах | Кількість хворих, абс. (%) | | | |
|-------------|----------------------------|-----------|----------|---------|
| | GOLD1 | GOLD2 | GOLD3 | GOLD4 |
| < 10 | 10 (23,8) | 12 (28,6) | 2 (4,8) | 1 (2,4) |
| \geq 10 | 2 (4,8) | 5 (11,9) | 7 (16,7) | 3 (7,1) |

у хворих на туберкульоз і рак. Розрахунок індексу BODE проводиться за підсумком балів за схемою, представленою в таблиці 4.

Більш комплексним в оцінці післяопераційних ускладнень є індекс HODEH, що включає легеневі прояви ХОЗЛ, його позалегенові ефекти та є особливо інформативним у хворих із супутньою хронічною патологією. Розрахунок індексу HODEH проводиться за підсумком балів за схемою, представленою в таблиці 5.

При визначенні обох індексів тест на фізичне навантаження (exercise capacity) в наших умовах автори проводили в дещо іншій інтерпретації: відповідно підйом на два, півтора, один та пів-поверхи. В проведенні оцінки інших показників розбіжностей не було.

Як показує наш досвід, діапазон балів в межах 0–2 зумовлює наявність післяопераційних ускладнень у 10–20 % хворих, що значно не перевищує відповідний показник у загальній когорті хворих. При результаті 3–4 бали ускладнення виникають приблизно в 30–40 % випадків, при загальній сумі > 5 балів – більше ніж у 50 %. При кількості балів > 9 імовірність ускладнень досягає 80 %, тому таким пацієнтам проводити оперативні втручання можна лише за життєвими показаннями. В даному дослідженні найбільшу групу становили хворі, що набрали 3–4 бали – 24 (57,2 %), 0–2 бали – 10 (23,8 %), > 5 балів – 8 (19,0 %). Загальна ефективність хірургічного лікування становила 95,3 %. Кількість ускладнень – 15 (35,7 %) випадків. Всі ускладнення автори розподілили на 3 групи: дихальні, серцево-судинні, інфекційні. Проте цей розподіл був умовним, адже на певних етапах вони опосередковували появу один одного і викликали синдром взаємообтяження, тому

надалі ускладнення будуть розглядатися як першопричина. Ознаки дихальної недостатності автори розцінювали у разі потреби кисневої терапії > 6 (14,3 %) випадків за 1 тиждень. Серед серцево-судинних ускладнень було зафіксовано 5 (11,9 %) випадків: ознаки серцевої недостатності – 3 (7,1 %), ознаки тромбоемболічних ускладнень – 2 (4,7 %). Серед інфекційних ускладнень – 4 (9,5 %) випадки – виділяємо: пневмонію оперованої легені – 2 (4,8 %), пневмонію єдиної легені – 1 (2,3 %), емпієму плевральної порожнини – 1 (2,3 %). В нашій практиці було зареєстровано 2 (4,7 %) летальних випадки: 1 (2,3 %) – внаслідок дихальної недостатності після первинної екстраплевральної торакопластики (пацієнтка групи GOLD3) та 1 (2,3 %) – внаслідок тромбоемболії гілки легеневої артерії після пульмонектомії (пацієнт групи GOLD2).

Висновки

На сьогоднішній день в більшості випадків немає суттєвих причин для відмови в хірургічному лікуванні патології органів дихання у пацієнтів з коморбідним ХОЗЛ. Ступінь стабілізації ХОЗЛ на передопераційному етапі має визначатися на основі оцінки симптомів за Модифікованою шкалою задишки Медичної дослідницької ради та з використанням тесту оцінки ХОЗЛ. У разі виявлення задишки за мМДР ≥ 2 та загального рахунку ТОХ ≥ 10 необхідно разом з пульмонологом і реабілітологом вибрати адекватну терапевтичну тактику та профілактичні заходи, спрямовані на забезпечення нормалізації патологічних змін та покращення загального статусу пацієнта. З метою визначення успішності оперативного втручання

| Розрахунок індексу BODE | | | | |
|-------------------------------------------------------------|------|---------|---------|-------|
| Показник | Бали | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Body mass index (індекс маси тіла, кг/м ²) | > 21 | < 21 | – | – |
| Obstruction (ОФВ ₁ , % від належних значень) | > 65 | 50–64 | 36–49 | < 35 |
| Dyspnea (задишка, шкала MMRC, бали) | 0–1 | 2 | 3 | 4 |
| Exercise capacity (тест з 6-хвилиною ходьбою, дистанція, м) | >350 | 250–349 | 150–249 | < 149 |

| Розрахунок індексу HODEH | | | | |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------|---------|-----------|
| Показник | Бали | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Hypoxemia (гіпоксемія, пульсоксиметрія) | > 90 | ≤ 90 | – | – |
| Obstruction (ОФВ ₁ , % від належних значень) | > 65 | 50–64 | 36–49 | < 35 |
| Dyspnea (задишка, шкала MMRC, бали) | 0–1 | 2 | 3 | 4 |
| Exercise capacity (тест з 6-хвилиною ходьбою, дистанція, м) | >350 | 250–349 | 150–249 | < 149 |
| Hypertension pulmonary (легенева гіпертензія, Ехо-КГ) | < 30 | 30–39 | 40–49 | ≥ 50 |

доречно використовувати мультипараметричні індекси VODE і NODEN, які враховують не тільки респіраторні прояви ХОЗЛ, а і його системні ефекти та супутні захворювання. Своєчасно проведене оперативне лікування при хірургічній патології органів дихання у пацієнтів з коморбідним ХОЗЛ дозволить запобігти зниженню соціальної активності, а також підвищити якість життя цих хворих, оскільки даний вид медичної допомоги часто є єдиною можливим шляхом одужання.

Список літератури

1. Авдеев, С. Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание [Текст] / С. Н. Авдеев // Пульмонология. — 2007. — № 2. — С. 104–116.
2. Вермель, А. Е. Современная терапия хронической обструктивной болезни легких и ее перспективы [Текст] / А. Е. Вермель // Клиническая медицина. — 2007. — № 1. — С. 8–15.
3. Глумчер, Ф. С. Руководство по анестезиологии [Текст] / Ф. С. Глумчер. — К.: Медицина, 2008. — 608 с.
4. Гноевых, В. В. Разработка респираторно-газового индекса для экспресс-оценки обоснованности назначения лечения больным хронической обструктивной болезнью легких [Текст] / В. В. Гноевых, М. В. Рудкевич // Обзор. прикладн. и пром. математики. — 2003. — № 10. — С. 135–136.
5. Кароли, И. А. Предикторы риска смерти пациентов с ХОБЛ (по результатам проспективного динамического наблюдения) [Текст] / И. А. Кароли, А. П. Ребров // Пульмонология. — 2007. — № 3. — С. 77–80.
6. Куницына, Ю. Л. Противовоспалительная терапия больных при хронической обструктивной болезни легких [Текст] / Ю. Л. Куницына, Е. И. Шмелев // Пульмонология. — 2003. — № 2. — С. 111–116.
7. Методические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / Под ред. А. Л. Ракова [Текст]: метод. рекоменд. — М.: Изд-во ГИУВ, 2007. — 34 с.
8. Морган, Д. Э. Клиническая анестезиология: книга 2 [Текст] / Д. Э. Морган. — М.—СПб.: Издательство БИНОМ — Невский Диалект, 2000. — 366 с.
9. Тодоріко, Л. Д. Хронічне обструктивне захворювання легень: сучасні погляди на діагностику та диференційовану фармакотерапію згідно з GOLD [Текст] / Л. Д. Тодоріко // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. — 2012. — № 3. — С. 5–10.
10. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, терапія [Текст]: метод. рекоменд. Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України. — К., 2013. — 52 с.
11. Чучалин, А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. Практическое руководство для врачей [Текст] / А. Г. Чучалин. — М.: Изд-во «Атмосфера», 2004. — 348 с.
12. Шмелев, Е. И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания [Текст] / Е. И. Шмелев // Пульмонология. — 2007. — № 2. — С. 5–9.
13. Bellamy, D. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) guidelines: Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) [Text] / D. Bellamy, J. Bouchard, S. Henrichsen [et al.] // Prim. Care Respir. J. — 2006. — № 15. — С. 48–57.
14. Bolton, C. E. Associated loss of fat free mass and bone mineral density in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / C. E. Bolton, A. A. Ionescu, K. M. Shiels [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2004. — Vol. 170. — P. 1286–1293.
15. Cel, R. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / R. Cel // J. Med. — 2005. — Vol. 35. — P. 105–112.

16. Celli, B. R. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / B. R. Celli, C. G. Cote, J. M. Marin [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2004. — Vol. 350. — P. 1005–1012.

17. COPD Guideline Working Group of the South African Thoracic Society. Guideline for the management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) [Text] // Revision. S. Afr. Med. J. — 2004. — Vol. 94. — P. 559–575.

18. Lopez, A. D. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections [Text] / A. D. Lopez, K. Shibuya, C. Rao [et al.] // Eur. Respir. J. — 2006. — Vol. 27. — P. 397–412.

19. Rennard, S. Clinical approach to patients with chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular disease [Text] / S. Rennard // Proc. Am. Thorac. Soc. — 2005. — Vol. 2 (1). — P. 94100.

20. Sin, D. D. COPD as risk for cardiovascular morbidity and mortality [Text] / D. D. Sin, S. F. Man // Proc. Arch. Thorax / Soc. — 2005. — Vol. 2 (1). — P. 8–11.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Н. С. Опанасенко, Л. И. Леванда, А. В. Терешкович, М. И. Калениченко, Б. Н. Коник, А. Э. Кшановский, Р. С. Демус, Е. В. Климец, О. К. Обремская, В. И. Борисова, И. М. Купчак

Резюме

Цель: проанализировать на основе собственного опыта возможности хирургического лечения патологии органов дыхания у больных с коморбидным хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 42 случаев хирургического лечения. Все больные были распределены согласно спирометрической классификации GOLD: GOLD1 — 12 (28,6 %); GOLD2 — 17 (40,5 %); GOLD3 — 9 (21,4 %); GOLD 4 — 4 (9,5 %) пациентов. В статье в виде таблицы представлены разновидности оперативных вмешательств в каждой группе отдельно. По поводу онкологической патологии прооперировано 18 (42,9 %) больных, туберкулеза органов дыхания — 15 (35,7 %), неспецифического поражения — 9 (21,4 %).

Результаты и их обсуждение. Степень стабилизации ХОЗЛ определяли на основе оценки симптомов одышки по мМДР и ТОХ. При обнаружении одышки по мМДР > 2 и общего счета ТОХ > 10 совместно с пульмонологом и реабилитологом была выбрана новая адекватная терапевтическая тактика. С целью определения достоверности осложнений использовали мультипараметрические индексы VODE и NODEN, учитывающие респираторные проявления ХОЗЛ, его системные эффекты и сопутствующие заболевания. Эффективность хирургического лечения составила 95,3 %. Осложнения наблюдались у 15 (35,7 %) пациентов.

Выводы. Собственный опыт показывает, что в большинстве случаев не имеет существенных причин для отказа в хирургическом лечении больных с коморбидным ХОЗЛ.

Ключевые слова: хирургическое лечение, хроническое обструктивное заболевание легких, спирометрическая классификация GOLD, одышка.

Научно-практический журнал «Астма и аллергия», 2014, № 4

Н. С. Опанасенко

д-р мед. наук,

заведующий отделом торакальной хирургии

и инвазивных методов диагностики

ГУ «Национального института физиатрии и пульмонологии

им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»,

03680, Украина, г. Киев, ул. Амосова, 10,

тел.: +38(044)275-57-00

e-mail: surgery@ifp.kiev.ua

**POSSIBILITY OF SURGICAL TREATMENT
OF PATHOLOGY OF THE RESPIRATORY SYSTEM
IN PATIENTS WITH COMORBIDITY CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

*M. S. Opanasenko, L. I. Levanda, O. V. Tereshkovich,
M. I. Kalenichenko, B. M. Konik, O. E. Kshanovsky,
R. S. Demus, E. V. Klimets, O. K. Obremska,
V. I. Borysova, I. M. Kupchak*

Summary

Purpose. Analyzed on the basis of their own experience possible surgical treatment of respiratory pathology in patients with comorbidity COPD.

Materials and methods. A retrospective analysis of 42 cases of surgical treatment was conducted. All the patients were divided according to the spirometric classification GOLD: GOLD1 – 12 (28.6 %); GOLD2 – 17 (40.5 %); GOLD3 – 9 (21.4 %); GOLD 4 – 4 (9.5 %) patients. In an article in the form of a table represented variety of surgical interventions in each group separately. Regarding oncologic pathology operated 18 (42.9 %) patients, pulmonary tuberculosis – 15 (35.7 %), non-specific lesion – 9 (21.4 %).

Results and discussion. The degree of stabilization of COPD was determined based on the symptoms of dyspnea on mMDR and TOX.

Upon detection of dyspnea mMDR > 2 and the total bill TOX > 10 together with the pulmonologist and was chosen as the new rehabilitator adequate therapeutic strategy. In order to determine the reliability of complications used multiparametric BODE index and HODEH, taking into account the respiratory manifestations of COPD, its systemic effects and comorbidities. The effectiveness of surgical treatment was 95.3 %. Complications have been observed in 15 (35.7 %) patients.

Conclusion. Own experience shows that in most cases there are no significant reasons for the refusal of surgical treatment of patients with comorbidity COPD.

Key words: surgery, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), spirometric classification GOLD, dyspnea.

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2014, 4

M. S. Opanasenko,

*MD, Head of the Department of thoracic surgery
and invasive diagnostic methods,*

*SO «National Institute of Phthiology and Pulmonology
named after F. G. Yanovsky NAMS of Ukraine»,*

03680, Ukraine, Kyiv, Amosova str., 10,

tel.: +38(044)275-57-00

e-mail: surgery@ifp.kiev.ua