

**М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, В. В. Куц, М. І. Калениченко, Б. М. Конік,
В. Б. Бичковський, О. О. Сірик, О. К. Обремська, Л. І. Леванда**
**ОБГРУНТУВАННЯ СТРОКІВ ЗАСТОСУВАННЯ ПЛЕВРЕКТОМІЇ З ДЕКОРТИКАЦІЄЮ ЛЕГЕНІ
ПРИ ЛІКУВАНІ ХРОНІЧНОГО ПЛЕВРИТУ**

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

Оперативне лікування хронічного плевриту (ХП), у тому числі і хронічної емпієми плеври — складне хірургічне втручання, що визначається як синтопією плеврального мішка, так і значною раневою поверхнею, яка утворюється у грудній порожнині внаслідок видалення фіброзно переродженого утворення, яким є фіброзна плевра [1–6, 10, 12, 15]. На травматичність втручання, а відтак і на безпосередні його результати, найбільш суттєвий відбиток накладає ступінь хронізації запального плеврального процесу [2–4, 10, 15].

Відомо, що при хронізації власне плевриту гіперпродукція сполучної тканини, що неминуче супроводжує запальний процес, веде до збільшення в об'ємі плевральних листків і має тенденцію до поширення з вісцеральної плеври на легеневу паренхіму. При цьому розростання сполучної тканини йде головним чином по інтерстиціальним прошаркам, які являють собою ложе для бронхів різного калібру та артерій і вен [2–4, 10, 12, 15]. Це веде до взаємопорушення розташування елементів бронхо-судинного комплексу, внаслідок чого розвивається деформуючий бронхіт, який через деякий час може призвести до формування бронхоектазів [3, 4, 10, 15]. Поряд із цим спостерігається деформація і здавлення судинного пучка. Оскільки вени, практично, не мають м'язового шару у своїй стінці, вони здавлюються більше від артерій, внаслідок чого порушується відтік крові, що веде до гіпертензії у малому колі кровообігу і формування легеневого серця [12, 13, 15]. Якщо своєчасно не зупинити цей процес, легеневе серце поступово стає переваляючим при цих патологічних змінах, і пацієнт стає важко хворим на серцеву недостатність, від якої і помирає невдовзі більшість таких хворих [4, 12, 15].

Окрім цього, розростання сполучної тканини поширюється з пристінкової плеври на грудну стінку, що спричиняє фіброзне переродження усієї складових [3, 4, 12, 13, 15]. За таких умов фіброзна трансформація веде до порушення рухливості грудного кістково-м'язового каркасу, що незворотньо виключає «присмоктуючу» дію грудної порожнини для периферійної крові, а це є несприятливим фактором, оскільки за законом Старлінга сила скорочення серця залежить від його «наповнення» кров'ю.

Зазначене поступово формує і з кожним днем збільшує серцеву недостатність. Зрощення костальної плеври з діафрагмальною веде до зарощення косто-діафрагмального синуса і виключає грудно-черевну перепону з акту дихання. Порушення функціонування «діафрагмальної помпи» ще більше порушує доцентровий плин крові з усіма можливими наслідками, а це означає втрату при-

близно 40-60 % зовнішньої дихальної функції легень [3, 4, 15]. За таких умов хрящево-мембранозні трубки, якими є трансформовані бронхи, збільшують «мертвий» дихальний простір. Внаслідок перерахованого, плевро-легеневий комплекс перетворюється у такий, що функціонує зі знаком мінус, значно погіршуючи у функціональному відношенні умови для оксигенації крові не лише у патологічно зміненому, а й у здоровому гемітораксі, створюючи несприятливі умови для роботи серця [12, 15].

Тому, безперечно, діагноз ХП є абсолютним показанням до оперативного лікування — плевректомії з декортикацією (ПЕ з ДК) легені в тій чи іншій модифікації [2, 3, 4, 10, 15]. Проте існував традиційний підхід до використання ПЕ з ДК легені при наявності у хворого ХП — оперативне лікування може бути застосовано у термін не раніше 4–5-го місяця від початку лікування [1, 2, 3, 10, 13, 15].

Однак, значний прогрес у розвитку волоконнооптичних технологій, розробка і вдосконалення ендоскопічних інструментів, створення спеціальних торако-скопічних інструментів, адаптованих до анатомії грудної клітки, а також степлер-техніки, обумовили бурхливий розвиток малоінвазивних відеоторако-скопічних втручань. Успіхи сучасної торакальної хірургії в сукупності із прогресом суміжних технічних дисциплін диктують потребу перегляду підходів до тактики лікування ХП, поглядів про оптимальні способи і строки його лікування [7–9, 11, 14, 15].

Метою даного дослідження було вивчити та обґрунтувати оптимальні терміни ПЕ з ДК легені при ХП.

Матеріали і методи

Дослідження було виконане на базі відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Національної Академії медичних наук України» (ДУ НІФП). Об'єктом дослідження були 107 хворих з наявністю ХП туберкульозної і неспецифічної етіології, що перебували на обстеженні і лікуванні в ДУ НІФП з 01.01.2009 по 01.11.2011 р. Всім хворим була виконана ПЕ з ДК легені в різних модифікаціях.

Хворі були розділені на дві клінічні групи в залежності від строків виконання ПЕ з ДК легені. I-а група — 57 (53,3 ± 4,8) % хворих на ХП різної етіології, яким ПЕ з ДК була виконана в термін до 2-х місяців з моменту захворювання. II-а група — 50 (46,7 ± 4,8) % пацієнтів на ХП різної етіології, яким ПЕ з ДК легені була виконана в термін після 2-х місяців з моменту захворювання.

Поділ пацієнтів на такі групи не випадковий, адже для хворих на туберкульоз легень і плеври основний курс консервативної протитуберкульозної терапії складає в середньому 2 місяці, а частка таких пацієнтів в дослідженні склала 68 (63,6 ± 4,7 %) спостережень.

Розподіл хворих в групах за етіологією ХП представлений в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих в групах за етіологією ХП (M ± m, %)

Етіологія ХП	Групи хворих			
	I група (n = 57)		II група (n = 50)	
	абс.	M ± m	абс.	M ± m
Туберкульозний ХП	37	64,9 ± 6,3	31	62,0 ± 6,9
Неспецифічний ХП	20	35,1 ± 6,3	19	38,0 ± 6,9

Аналізуючи дані, що представлені в таблиці 1, можна зробити висновок, що в I-й і II-й групах переважали пацієнти з туберкульозною етіологією ХП — 37 (64,9 ± 6,3) % і 31 (62,0 ± 6,9) % випадків відповідно. Це можна пояснити специфікою туберкульозного запалення, при якому вже на ранніх його стадіях розвивається значне фіброзоутворення, що часто призводить до хронізації процесу.

В таблиці 2 представлений розподіл хворих в групах за статтю.

Таблиця 2

Розподіл хворих в групах за статтю (M ± m, %)

Стать	Групи хворих			
	I група (n = 57)		II група (n = 50)	
	абс.	M ± m	абс.	M ± m
Чоловіки	32	56,1 ± 6,6	27	54,0 ± 7,0
Жінки	25	43,9 ± 6,6	23	46,0 ± 7,0

Аналіз таблиці 2 дозволяє зробити висновок, що достовірної різниці за статтю в обох групах не було.

В таблиці 3 представлений розподіл хворих в групах за наявністю ХП в поєднанні з легенеvim ураженням.

Таблиця 3

Розподіл хворих в групах за наявністю легеневого компоненту (M ± m, %)

Легеневий компонент	Групи хворих			
	I група (n = 57)		II група (n = 50)	
	абс.	M ± m	абс.	M ± m
Наявний	17	29,8 ± 6,1	8	16,0 ± 5,2
Відсутній	40	70,2 ± 6,1	42	84,0 ± 5,2

З таблиці 3 видно, що ХП з легенеvim компонентом в I групі зустрічався значно частіше, ніж в II групі: 17 (29,8 ± 6,1) % і 8 (16,0 ± 5,2) % випадків відповідно. Меншу кількість хворих на ХП з легенеvim компонентом в II групі можна пояснити тривалим періодом передопераційної консервативної терапії, що особливо важливо при туберкульозній етіології захворювання. У пацієнтів I групи легеневий компонент в 12 (70,6 %) випадках був представлений поодинокими дрібними субплевральними туберкульозними вогнищами, у 3 (17,6 %) пацієнтів були діагностовані солітарні туберкуломи, в 1 (5,9 %) випадку були бронхоектази нижньої частки лівої легені і ще в 1 (5,9 %) пацієнта інтраопераційно діагностовано гострий абсцес верхньої частки лівої легені. В II групі легеневі компоненти в 5 (62,5 %) випадках були представлені солітарними і конгломеративними туберкуломами, в 2 (25,0 %) випадках — фіброзно-кавернозними змінами в легені і в 1 (12,5 %) пацієнта була кістозна гіоплазія нижньої частки лівої легені.

Проведення консервативної терапії на доопераційному етапі в групах хворих представлено в таблиці 4.

Таблиця 4

Розподіл хворих в групах за проведенням консервативного лікування на доопераційному етапі (M ± m, %)

Консервативне лікування на доопераційному етапі	Групи хворих			
	I група (n = 57)		II група (n = 50)	
	абс.	M ± m	абс.	M ± m
Проводилось	50	87,7 ± 4,3	48	96,0 ± 2,8
Не проводилось	7	12,3 ± 4,3	2	4,0 ± 2,8

Відсутність консервативного лікування на доопераційному етапі у 7 (12,3 ± 4,3) % пацієнтів I групи і у 2 (4,0 ± 2,8) % пацієнтів II групи спостерігалось лише при туберкульозній етіології захворювання, тоді як всі хворі на неспецифічний ХП отримали різні за тривалістю курси (від 2 тижнів до 3 місяців) консервативної терапії.

Розподіл хворих за наявністю гістологічно верифікованого діагнозу на доопераційному етапі представлений в таблиці 5.

Таблиця 5

Розподіл хворих у групах за наявністю гістологічно верифікованого діагнозу на доопераційному етапі (M ± m, %)

Гістологічний діагноз на доопераційному етапі	Групи хворих			
	I група (n = 57)		II група (n = 50)	
	абс.	M ± m	абс.	M ± m
Встановлений	51	89,5 ± 4,1	47	94,0 ± 3,4
Не встановлений	6	10,5 ± 4,1	3	6,0 ± 3,4

Всім пацієнтам обох груп на доопераційному етапі проводилась гістологічна верифікація діагнозу шляхом виконання закритої трансторакальної, торакоскопічної або відеоторакоскопічної біопсії плеври з наступним її цитологічним, гістологічним і мікробіологічним дослідженнями. Однак не у всіх випадках вдалось досягти морфологічної верифікації діагнозу. З таблиці 5 видно, що лише в 6 (10,5 ± 4,1) % випадках у I групі і в 3 (6,0 ± 3,4) % випадках у II групі на доопераційному етапі етіологія плевриту не була підтверджена морфологічно, що можна пояснити значним розвитком сполучної тканини в фіброзно змінених листках плеври. Таким пацієнтам виконувались або відеоасистована мініторакотомія, або класична торакотомія з експрес-гістологічним дослідженням біоптатів плеври і виконанням плевректомії з декортикацією легені. В ранньому післяопераційному періоді обов'язково призначалась етіотропна терапія.

Результати та обговорення

В таблиці 6 приведений розподіл хворих в групах за технічними ускладненнями при виконанні ПЕ з ДК легені.

Аналіз таблиці 6 дозволяє зробити висновок, що випадки перелому ребра (ребер) при встановленні ранорозширювача в I групі зустрічались значно рідше, ніж в II групі: 6 (10,5 ± 4,1) % і 14 (28,0 ± 6,3) % випадків відповідно. Це мало важливе значення в ранньому післяопераційному періоді і сприяло пізній мобілізації пацієнтів, адже такі пацієнти потребували виконання санаційних фібробронхоскопій і тривалого призначення

Таблиця 6

Розподіл хворих в групах за технічними ускладненнями при виконанні ПЕ з ДК легені (M ± m, %)

Технічне ускладнення	Групи хворих			
	I група (n = 57)		II група (n = 50)	
	абс.	M ± m	абс.	M ± m
Випадок перелому ребра (ребер) при встановленні ранорозширювача	6	10,5 ± 4,1*	14	28,0 ± 6,3
Наявність надривів паренхіми легені, що потребують додаткового ушивання	5	8,8 ± 3,7**	42	84,0 ± 5,2

Примітки: * — статистично значима відмінність порівняно з групою II (p < 0,05), ** — статистично значима відмінність порівняно з групою II (p < 0,01).

наркотичних анальгетиків. Надриви паренхіми легені при виконанні декортикації в II групі зустрічались значно частіше, ніж у I групі: 42 (84,0 ± 5,2)% і 5 (8,8 ± 3,7)% випадків відповідно, що можна пояснити значним ступенем розвитку фіброзно-адгезивних змін при тривалій давності захворювання.

При виконанні ПЕ з ДК легені в деяких випадках виникала необхідність відхилення від запланованого об'єму операції (табл. 7).

Таблиця 7

Розподіл хворих в групах за необхідністю розширення об'єму запланованого оперативного втручання (M ± m, %)

Об'єм розширення запланованого оперативного втручання	Групи хворих			
	I група (n = 57)		II група (n = 50)	
	абс.	M ± m	абс.	M ± m
Необхідність видалення фрагменту ребра на доступі	7	12,3 ± 4,3*	38	76,0 ± 6,0
Необхідність корекції об'єму гемітораку після плевректомії з декортикацією легені	1	1,8 ± 1,7	5	10,0 ± 4,2

Примітка: * — статистично значима відмінність порівняно з групою II (p < 0,001).

З таблиці 7 видно, що для адекватного доступу до плевральної порожнини в 7 (12,3 ± 4,3) % випадках у осіб I групи і в 38 (76,0 ± 6,0) % випадках у осіб II групи проводилось видалення фрагменту 5-го або 6-го ребра, що давало можливість повного візуального контролю в зоні операційного поля. Особлива увага приділялась гемостазу в проекції переднього і заднього фрагментів резектованого ребра. Видалення фрагменту ребра подовжувало термін післяопераційної реабілітації пацієнтів у зв'язку з більш вираженим больовим синдромом.

Необхідність виконання корекції об'єму гемітораку після виконання ПЕ з ДК легені в I групі пацієнтів зустрічалась в 1 (1,8 ± 1,7) % випадку, тоді як в II групі спостереження — в 5 (10,0 ± 4,2) % випадках. Більша кількість коригуючих торакопластик в II групі пацієнтів також пояснюється давністю захворювання з розвитком пневмофіброзу і порушенням еластичних властивостей легені. Тому виконання корекції об'єму гемітораку після плевректомії з декортикацією легені мало за мету про-

філактику залишкової плевральної порожнини. В таких випадках виконувалась екстра-інтраплевральна коригуюча торакопластика, однією із переваг якої є видалення при торакотомії фрагменту 5-го ребра, що покращує візуальний контроль і виконання пневмолізу.

В таблиці 8 представлений розподіл пацієнтів за можливістю виконання оперативних прийомів, що покращують загальні результати операції.

Таблиця 8

Розподіл хворих в групах за можливістю виконання оперативних прийомів, що покращують загальні результати операції, (M ± m, %)

Оперативний прийом	Групи хворих			
	I група (n = 57)		II група (n = 50)	
	абс.	M ± m	абс.	M ± m
Можливість тотальної плевректомії з діафрагмальною поверхні	53	93,0 ± 3,4*	35	70,0 ± 6,5
Можливість виконання плевректомії з декортикацією легені єдиним блоком	19	33,3 ± 6,2*	6	12,0 ± 4,6
Можливість тотального розділення міжчасткових борозд	30	52,6 ± 6,6*	11	22,0 ± 5,9
Можливість однолегеневого наркозу	55	96,5 ± 2,4*	33	66,0 ± 6,7

Примітка * — статистично значима відмінність порівняно з групою II (p < 0,001).

Оскільки діафрагма забезпечує близько 80 % життєвої ємності легень, то при виконанні ПЕ з ДК легені нами ставилось завдання виконання тотальної плевректомії з діафрагмальною поверхні, що дало б змогу максимально відновити дихальні резерви пацієнта. В I групі пацієнтів це вдалося зробити в 53 (93,0 ± 3,4) % випадках, а в II групі — 35 (70,0 ± 6,5) % випадках. Така різниця пояснюється тим, що в II групі досліджуваних пацієнтів запальні процеси носили затяжний перебіг, що сприяло розвитку грубих фіброзних змін на діафрагмі з порушенням її рухливості, тому спроби провести тотальний діафрагмоліз мали високий ризик розриву останньої.

Для гладкого перебігу післяопераційного періоду важливе значення мало максимальне інтраопераційне розділення міждольових борозд, а також адекватний аеростаз. В I групі спостереження міждольові борозди тотально вдалося розділити в 30 (52,6 ± 6,6) % випадках, а в II групі — 11 (22,0 ± 5,9) % випадках. Обов'язково проводилось мікродренування міждольових борозд з метою профілактики скопичення в них ексудату в післяопераційному періоді. Кількість випадків надривів паренхіми легені, що потребували додаткового ушивання, в I групі було 5 (8,8 ± 3,7) %, а в II групі — 42 (84,0 ± 5,2) %.

Важливим інтраопераційним моментом була можливість проведення однолегеневого наркозу, що значно спрощувало завдання хірургам. В I групі пацієнтів однолегеневий наркоз був використаний в 55 (96,5 ± 2,4) %, а в II групі — в 33 (66,0 ± 6,7) % випадках.

В таблиці 9 наведена характеристика перебігу післяопераційного періоду у досліджуваних групах хворих.

Таблиця 9

Показники перебігу післяопераційного періоду у досліджуваних групах хворих (M ± m)

Показник	I група (n = 57)	II група (n = 50)
Середня тривалість призначення наркотичних анальгетиків (дні)	3,3 ± 0,2 *	6,3 ± 0,2
Середній термін досягнення повного аеростату (дні)	1,5 ± 0,1 *	2,9 ± 0,2
Середній термін повної мобілізації пацієнта (дні)	5,9 ± 0,3 *	7,9 ± 0,3
Середня тривалість оксигенотерапії (дні)	2,0 ± 0,1 *	4,0 ± 0,2

Примітка: * — статистично значима відмінність порівняно з групою II (p < 0,05).

Аналіз даних таблиці 9 показує, що пацієнти I групи потребували призначення наркотичних анальгетиків в середньому протягом 3-х діб, тоді як пацієнти II групи — протягом 6 діб. Це пояснюється більшою травматичністю оперативного втручання у пацієнтів II групи. З таблиці 9 також видно, що середній термін досягнення повного аеростату в I групі був менший, ніж в II досліджуваній групі: (1,5 ± 0,1) і (2,9 ± 0,2) дні відповідно. Пацієнтам II групи більш тривало, ніж пацієнтам I групи, призначались наркотичні анальгетики ((6,3 ± 0,2) і (3,3 ± 0,2) днів відповідно) в післяопераційному періоді. Останні, як відомо, здатні пригнічувати дихальний центр і цим самим сприяти розвитку неспецифічних бронхо-легеневих ускладнень.

Всім без виключення пацієнтам в ранньому післяопераційному періоді створювався пневмоперитонеум, що давало можливість попередити перерозтягнення оперованої легені, провести профілактику розвитку залишкової плевральної порожнини. Середній об'єм післяопераційного пневмоперитонеуму в I групі склав 1200 мл, а в II досліджуваній групі — 1600 мл. Об'єм інсульованого в черевну порожнину повітря прямо пропорційно залежав від кількості надриків паренхіми легені, а також від ступеню розвитку пневмофіброзу. Необхідно зазначити, що пневмоперитонеум створювався в післяопераційному періоді від 2 тижнів до 3 місяців.

В таблиці 10 представленні показники ефективності ПЕ з ДЛ легені в досліджуваних групах.

Аналіз даних таблиці 10 показує, що ефективність ПЕ з ДК легені у пацієнтів I групи вища, ніж у пацієнтів II групи, про що свідчать наступні показники:

- середня інтраопераційна крововтрата у пацієнтів II групи в 2,3 рази більша, ніж у пацієнтів I групи;
- середня тривалість оперативного втручання у пацієнтів II групи в 1,3 рази довша, ніж у пацієнтів I групи;
- пацієнти II групи в 1,8 рази довше перебувають на стаціонарному лікуванні, ніж пацієнти I групи;
- рівень післяопераційних ускладнень у пацієнтів II групи в 3,5 рази більший, ніж у пацієнтів I групи;
- смертність серед пацієнтів I групи склала 0 випадків, тоді як в II групі — 1 (2,0 ± 2,0) % випадок;
- загальна ефективність ПЕ з ДК легені у пацієнтів I групи склала 100 %, а в II групі — (96,0 ± 2,8) %.

Таблиця 10

Результати оперативного втручання у досліджуваних групах хворих (M ± m), %

Показник ефективності лікування	Групи хворих			
	I група (n = 57)		II група (n = 50)	
	абс.	M ± m	абс.	M ± m
Середня інтраопераційна крововтрата (мл)	–	150,2 ± 6,8*	–	352,4 ± 16,0
Середня тривалість операції (год)	–	2,7 ± 0,1*	–	3,4 ± 0,1
Тривалість перебування в стаціонарі (дні)	–	14,2 ± 0,2*	–	25,1 ± 0,7
Кількість післяопераційних ускладнень	2	3,5 ± 2,4*	7	14,0 ± 4,9
Післяопераційна летальність	0	0,0 ± 6,6	1	2,0 ± 2,0
Загальна ефективність	57	100 ± 6,6	48	96,0 ± 2,8

Примітка: * – статистично значима відмінність порівняно з групою II (p < 0,05).

Серед ускладнень у пацієнтів I групи в 2 (3,5 ± 2,4) % випадках діагностовано запізніле розправлення легені, що було пов'язано з невеликим скидом повітря через мікронадриви паренхіми легені. В обох випадках була використана активна аспіраційна система протягом 4 діб, що дало можливість повного розправлення легені. Подальший післяопераційний період у цих пацієнтів протікав без особливостей.

У 3 (6,0 ± 3,4) % пацієнтів II групи в ранньому післяопераційному періоді також було зафіксовано запізніле розправлення легені; у них також використовувалась активна аспірація, але середній термін її склав 8 днів, що пов'язано з порушенням трофіки кортикальних відділів паренхіми легені із значним зниженням її репаративних можливостей. Ще у 2 (4,0 ± 2,8) % пацієнтів II групи в післяопераційному періоді діагностовано помірну внутрішньоплевральну геморагію, яка проявлялась виділенням по дренажах геморагічного ексудату з високим рівнем гемоглобіну в ньому; в обох випадках консервативна гемостатична терапія дала позитивний ефект. В 1 (2,0 ± 2,0) % випадку у пацієнта II групи в ранньому післяопераційному періоді була зафіксована локальна підшкірна емфізема, яка без додаткового лікування зникла через 5 діб. 1 (2,0 ± 2,0) % пацієнт II групи на фоні прогресуючої серцево-легеневої недостатності помер на 5 добу після ПЕ з ДК правої легені, резекції середньої частки і корегуючої 3-х реберної естраінтраплевральної торакопластики з приводу хронічного абсцесу середньої частки, ускладненого хронічним багатокишеним плевритом.

Висновки

1. Загальна ефективність ПЕ з ДК легені в термін виконання до 2-х місяців від початку захворювання вища, ніж при виконанні такого ж оперативного втручання після 2-х місяців від початку захворювання: 100,0 % і (96,0 ± 2,8) % відповідно.

2. Виконання ПЕ з ДК легені на ранніх строках захворювання (до 2-х місяців) супроводжується меншою кількістю післяопераційних ускладнень в порівнянні з оперативними втручаннями на пізніх стадіях захворювання

(після 2-х місяців): $(3,5 \pm 2,4) \%$ проти $(14,0 \pm 4,9) \%$ ($p < 0,05$). Тобто виконання ПЕ з ДК легені в термін до 2-х міс. від початку захворювання дозволяє знизити частоту виникнення післяопераційних ускладнень у 4 рази;

3. На ранніх стадіях захворювання ПЕ з ДК легені є менш травматичним оперативним втручанням, про що свідчить менша кількість випадів перелому ребра (ребер) при встановленні ранорозширювача — $(10,5 \pm 4,1) \%$, а також випадків надривів паренхіми легені — $(8,8 \pm 3,7) \%$; при ХП з терміном виконання операції після 2-х місяців ці показники становлять $(28,0 \pm 6,3) \%$ і $(84,0 \pm 5,2) \%$ випадків відповідно.

4. Виконання ПЕ з ДК легені на ранніх строках захворювання (до 2-х місяців) дозволяє достовірно знизити середню інтраопераційну крововтрату у 2,3 рази — з $(352,4 \pm 16,0)$ мл до $(150,2 \pm 6,8)$ мл ($p < 0,05$); знизити середню тривалість оперативного втручання у 1,3 рази (з $(3,4 \pm 0,1)$ до $(2,7 \pm 0,1)$ год) ($p < 0,05$); зменшити термін стаціонарного лікування у 1,8 рази (з $(25,1 \pm 0,7)$ до $(14,2 \pm 0,2)$ днів ($p < 0,05$);

5. ПЕ з ДК легені при ХП туберкульозної і неспецифічної етіології з терміном виконання до 2-х місяців є більш фізіологічною, менш травматичною і більш ефективною операцією, ніж подібне втручання після 2-х місяців захворювання. Ступінь розвитку фіброзних змін в плеврі і легенях тим більший, чим триваліший анамнез захворювання, а тому виконання ПЕ з ДК легені на ранніх стадіях хвороби дозволяє максимально відновити функцію легені з меншою травмою для організму.

Підсумовуючи все вище викладене можна зробити висновок про необхідність перегляду на організаційному рівні вже існуючих показань до ПЕ з ДК легені, особливо в контексті термінів проведення оперативного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дужий, І. Д. Клінічна плеврологія [Текст] / Д. І. Дужий. — Київ : Здоров'я, 2001. — 380 с.
2. Дужий, І. Д. Найближчі результати плевректомії [Текст] / І. Д. Дужий, І. Я. Гресько // Вісник Української медичної стоматологічної академії — 2009. — № 9. — С. 25.
3. Картавенко, А. Н. Отдаленные результаты плевректомии и декорткации легкого при туберкулезном гнойном плеврите и ригидном пневмотораксе [Текст] / А. Н. Картавенко, И. В. Панисяк // Грудная хирургия. — 1975. — № 2. — С.111–112.
4. Лайт, Р. У. Болезни плевры [Текст] / Р. У. Лайт ; пер. с англ. — М. : Медицина, 1986. — 376 с.
5. Левин, А. В. Эмпиемы плевры. Консервативная терапия, экстракорпоральные методы детоксикации, эндоскопические методы [Текст] / А. В. Левин [и др.] // Туберкулез и болезни легких — 2010. — № 9. — С. 3 — 11.
6. Мишин, В. Ю. Туберкулезный плеврит диагностика и лечение [Текст] / В. Ю. Мишин, Р. К. Вилков // Туберкулез и болезни легких. — 2010. — № 5. — С. 24 — 38.
7. Опанасенко, М. С. Дворічний досвід застосування відеоторакоскопії для діагностики та лікування захворювань органів грудної порожнини [Текст] / М. С. Опанасенко [та ін.]. // Укр. пульмонолог. журн. — 2010. — № 1. — С. 68 — 72.

8. Порханов, В. А. Торакоскопическая и видеоконтролируемая хирургия легких, плевры и средостения [Текст] / В. А. Порханов. — Автореф. дисс. ... д. м. н. — М., 1996. — 32 с.
9. Применение ранней видеоторакоскопической декорткации легкого в лечении острой эмпиемы плевры и нагноившегося свернувшегося гемоторакса [Текст] / П. П. Шипулин, О. Н. Козяр, В. В. Байдан [и др.] // Клини. хирургия. — 2010. — № 10. — С. 29–31.
10. Стрельцов, В. П. Плеврэктомия и декорткация при хронических туберкулезных плевритах и эмпиеме плевры [Текст] / В. П. Стрельцов, В. В. Скорняков // Пробл. туберкулеза. — 2001. — № 9. — С. 37–40.
11. Эндоскопическая торакальная хирургия: Руководство для врачей. [Текст] / А. М. Шулуток, А. А. Овчинников, О. О. Ясногородский, И. Я. Мотус. — М.: Медицина, 2006. — 464 с.
12. Chan, P. Treatment of pleural empyema [Text] / P. Chan, O. Crawford, C. Wallis // J. Pediatr. Child. Health. — 2000. — V. 36, № 9. — P. 375–377.
13. Chretien, J. Diseases of the pleura [Text] / J. Chretien, A. Hirsch // Chicago, Yearbook Medical Publishers. — 1993. — P. 234.
14. Opanasenko, N. S. Role of videothoracoscopy in complex treatment of lungs tuberculosis and pleura [Text] / N. S. Opanasenko [et al.] // Abstract book 15th World Congress for Bronchology (WCB). — Tokyo, 2008. — P. 148.
15. Sharma, S. Fibrothorax and severe lung restriction secondary to lupus pleuritis and its successful treatment by pleurectomy [Text] / S. Sharma, R. Smith, F. Al-Hameed // Can Respir J. — 2002. — Vol. 9, № 5. — P. 335–337.

ОБОСНОВАНИЕ СРОКОВ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛЕВРЕКТОМИИ С ДЕКОРТИКАЦИЕЙ ЛЕГКОГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЛЕВРИТА

Н. С. Опанасенко, А. В. Терешкович, В. В. Куц, М. И. Калениченко, Б. М. Коник, В. В. Бычковський, О. О. Сирик, Л. К. Обремская, Л. И. Леванда

Резюме

107 пациентам с наличием хронического плеврита туберкулезной и неспецифической этиологии была выполнена плеврэктомия с декорткацией легкого в различных модификациях. Общая эффективность операции в срок выполнения до 2-х месяцев от начала заболевания была выше, чем при применении такого же вмешательства после 2-х месяцев от начала заболевания: $(100,0 \pm 6,6) \%$ и $(96,0 \pm 2,8) \%$ соответственно. Однако было доказано, что выполнение плеврэктомии с декорткацией легкого на ранних сроках заболевания (до 2-х месяцев) позволяет: снизить общий травматизм операции, уменьшить количество послеоперационных осложнений в 4 раза, снизить срок пребывания в стационаре в 1,8 раза.

OPTIMAL TIME FOR PERFORMING PLEURECTOMY WITH LUNG DECORTICATION IN TREATMENT OF CHRONIC PLEURISY

N. S. Opanasenko, O. V. Tereshkovich, V. V. Kuts, M. I. Kalenichenko, B. N. Konik, V. V. Bichkovsky, O. O. Sirik, O. K. Obremka, L. I. Levanda

Summary

Parietal pleurectomy with lung decortication (different modifications) was performed in 107 patients with chronic tuberculous and non-tuberculous pleurisy. Overall effectiveness of intervention was $(100,0 \pm 6,6) \%$ for disease duration of less than 2 months and $(96,0 \pm 2,8) \%$ for disease duration of more than 2 months. Nevertheless, it was established that pleurectomy with lung decortication in early stage of disease (less than 2 months) allowed to reduce surgical trauma, decrease the rate of postoperative complication number in 4 times and reduce the duration of hospitalization in 1,8 times.