

В. Б. Бичковський, О. І. Шпак, Л. М. Загаба

РЕЗУЛЬТАТИ ПРОФІЛАКТИКИ РЕСПІРАТОРНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ФІБРОБРОНХОСКОПІЇ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ЯКИМ ЗАСТОСОВУВАЛИ КОЛАПСОХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

ДУ "Національний Інститут фізіатрії та пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України"

До колапсхірургічного лікування вдаються, як правило, у випадках неможливості резекції легені при деструктивних формах туберкульозу. Найбільш сприятливі результати отримують при малих і середньої величини кавернах, якщо в легеневої тканині та стінці каверни ще не встиг розвинути фіброз. Часто торакопластика є незамінною операцією при залишкових порожнинах у хворих з хронічною емпіємою і поряд з іншими пластичними операціями широко застосовується для закриття бронхіальних норниць. Оперувати потрібно в фазі достатньої стабілізації процесу. Якщо в легені на стороні передбачуваної операції є свіжі обмежені чи інфільтративні зміни, необхідна підготовка до операції шляхом проведення туберкулоstaticної терапії та інших заходів.

Органозберігаючі торакопластичні операції, спрямовані на зменшення травматичності, максимальне збереження функціональних резервів дихальної системи при забезпеченні ефективного закриття порожнин легеневої деструкцій, є пріоритетним напрямком вдосконалення методів хірургічного лікування деструктивного мультирезистентного туберкульозу легень. Роль санаційних бронхоскопій значно зростає при колапсхірургічних методах лікування туберкульозу легень.

Мета роботи — визначити ефективність застосування фібробронхоскопії для профілактики респіраторних ускладнень при колапсхірургічному лікуванні хворих на туберкульоз легень.

Матеріали та методи. Нами було проведено ретроспек-

тивний аналіз 120 випадків колапсохірургічного лікування хворих на туберкульоз легень із застосуванням ФБС, що перебували на лікуванні у Державній установі «Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» (ДУ НІФП) протягом 2001–2013 років.

До основної групи увійшов 61 хворий, яким виконувалась бронхоскопія до операції, а також під час операції та у післяопераційному періоді (I група). До групи порівняння увійшло 59 хворих, яким виконувалась бронхоскопія тільки до операції та за показаннями в післяопераційному періоді.

Таблиця 1

Розподіл прооперованих хворих за формами туберкульозного процесу

Клінічна форма туберкульозу	основна група (II група)		Група порівняння (II група)	
	N	%	N	%
Фіброзно-кавернозний	45	73,7	33	56,0
Циротичний туберкульоз	7	11,5	13	22,0
Хронічна емпієма плеври	8	14,8	13	22,0
Всього	61	100	59	100

Найбільш поширена форма туберкульозного процесу в обох групах –фіброзно-кавернозний туберкульоз легень. В основній групі на дану патологію припадає 45 (73,7 %) випадків, у групі порівняння — 33 (56,0 %) випадків. Наступна форма туберкульозного процесу, яка потребує уваги - емпієма плеври, на яку припадає 8 (14,8 %) випадків в основній групі, та 13 (22,2%) випадків у групі порівняння.

Результати та обговорення. Вибір методу корекції гемітораку має важливе, часом вирішальне значення. У нашому дослідженні використовувалась первинна екстраплевральна торакопластика або резекція частини легені з корегуючою торакопластикою. Частіше застосовувалась одnobічна торакопластика, але відомі випадки, коли торакопластика виконувалась з двох сторін. Об'єм та вид оперативного лікування залежать від розповсюдженості процесу, розміру порожнин розпаду, їх кількості та наявності змін у протилежній легені. Дуже часто (більше 60 %), при виконанні торакопластики з однієї сторони, інфільтративні зміни в протилежній легені частково чи повністю розсмоктувались.

Ефективність комплексного лікування із застосуванням фібробронхоскопії оцінювалась за наступними критеріями: припинення бактеріовиділення, закриття порожнини деструк-

ції, кількістю післяопераційних респіраторних ускладнень, рецидивів та летальності.

Результативність використання ФБС в комплексному лікуванні хворих, які були прооперовані із застосуванням торакопластики представлено у таблиці 2.

Таблиця 2

Результативність фібробронхоскопії

	Основна група (n = 61) I група		Група порівняння (n = 59) II група	
	N	%	n	%
Припинення бактеріовиділення	49	80,3	39	66,6
Закриття порожнин розпаду	48	79,0	37	62,7
Респіраторні післяопераційні ускладнення	5	7,9	12	22,2
Рецидив хвороби	5	7,9	12	22,2
Летальність	3	4,0	6	11,1

Як видно із таблиці 2, припинення бактеріовиділення в післяопераційному періоді у I-й групі спостерігалось у 49 пацієнта (80,3 %). У II-й групі припинення бактеріовиділення спостерігалось лише у 39 (66,6 %) пацієнтів, що на 13,7 % менше. Закриття порожнин розпаду у I-й групі спостерігалось у 48 пацієнтів (79,0 %), а у II-й групі лише в 6 пацієнтів (66,6 %). Післяопераційні респіраторні ускладнення та рецидив хвороби у I-групі становили по 5 (7,9 %) випадків відповідно, а в II-групі — 12 (22,2 %) випадків. Різниця склала 14,3 %. Летальність у I-й групі склала 3 (4,0 %) випадки, а в II-групі — 6 (11,1 %) випадків.

Висновки

1. Доопераційна фібробронхоскопія показана всім пацієнтам, яким планується виконання колапсохірургічних втручань, для визначення об'єму операції та оцінки стану слизової оболонки бронху.

2. Проведення санаційної ФБС при виконанні колапсохірургічних втручань інтраопераційно та в післяопераційному періоді дає змогу на 13,7 % зменшити бактеріовиділення, майже на 13 % збільшити кількість закриття порожнин розпаду, зменшити кількість респіраторних післяопераційних ускладнень на 14,3 %, рецидивів та летальність.