

І. В. Корпусенко

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДВОБІЧНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДОККЛПО «Фтизіатрія», м. Дніпропетровськ

Збільшення протягом останніх двох десятиліть захворюваності на туберкульоз в Україні і в усьому світі відзначається більшістю дослідників. Особливе занепокоєння викликає зростання виявлення деструктивних і лікарсько-стійких форм захворювання. Відзначається накопичення серед контингентів хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз, які мають несприятливий прогноз лікування без застосування хірургічних втручань.

Однією з основних причин відмови від операції залишається поширений двосторонній характер деструктивних змін в легенях, функціональна нездатність таких пацієнтів перенести оперативне втручання зі стандартних торакалоторакотомних доступів.

Були вивчені історії хвороб 82 пацієнтів, оперованих з приводу двостороннього деструктивного туберкульозу легенів в торакальному відділенні ДОККЛПО «Фтизіатрія» у період з 2008 по 2012 роки.

Основну групу дослідження склали 40 пацієнтів, у яких були застосовані малоінвазивні методи хірургічних операцій. Групу порівняння склали 42 хворих, оперованих традиційними методами.

Переважаючою клінічною формою в обох групах був фіброзно-кавернозний туберкульоз 39% в основній і 38% в групі порівняння), причому 24% випадків у пацієнтів основної групи і в 20% групи порівняння фіброзні каверни визначалися в обох легенях.

Всього у 40 хворих основної групи було виконано 40 операцій, в тому числі 4 — комбінованих резекцій легенів обсягом понад однієї частки, 16 лобектомій, 4 комбінованих полісегментарних резекцій, 6 сегментарних і субсегментарних резекцій легенів, 10 лікувальних екстраплевральних торакопластик. Резекційні втручання на легенях склали 75% від всіх операцій основної групи і 25% — колапсохірургічні.

У 42 хворих групи порівняння були виконані 53 операції. Резекційні операції на легенях склали 85% всіх втручань.

Найчастіше при двосторонньому деструктивному туберкульозі виникали показання до резекційних одно- або двосторонніх втручань, переважна частина яких може бути виконана з малоінвазивних доступів під контролем відеоторакоскопії.

Показання до застосування колапсохірургічних методів у лікуванні двостороннього деструктивного туберкульозу виникають рідше, ніж до резекцій (25%), але використання малоінвазивних методик робить їх застосування менш ризикованим і можливим у пацієнтів з низькими функціональними резервами.

Тривалість операцій основної групи в середньому складала 129 хвилин і була меншою, ніж в групі порівняння (210 хвилин). Середня інтраопераційна крововтрата в основній групі була достовірно меншою, ніж в групі порівняння (216 і 815 мл відповідно). Інтраопераційні ускладнення у групі порівняння розвинулися у 4 (2,6%) хворих, що в 4 рази менше ніж хворих основної групи (10,3%). Післяопераційні ускладнення розвинулися у 1 (2,5%) пацієнтів основної групи і у 3 (7,1%) групи порівняння.

Повного клінічного ефекту (абацилювання і закриття порожнин розпаду) на момент виписки з торакального відділення вдалося домогтися у пацієнтів основної групи в 1,5 рази частіше.

Віддалені результати хірургічного лікування пацієнтів з двобічним деструктивним туберкульозом були вивчені в терміни від 1 до 5 років у 36 хворих основної і 34 — групи порівняння.

Повний клінічний ефект у віддалений період зберігався у 87,5% пацієнтів основної і 75% групи порівняння.

Таким чином, наш досвід виконання малоінвазивних операцій у пацієнтів з двобічним деструктивним туберкульозом доводить їхню технічну здійсненність і високу ефективність.