

В. Є. Сафонов, К. В. Кравченко, Д. І. Дудла, М. Ю. Худа
ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ
В ДІАГНОСТИЦІ ЕТІОЛОГІЇ ДИСЕМІНОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ

Головний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України

Диференційна діагностика дисемінованих захворювань легень (ДЗЛ) є однією з складних діагностичних завдань в пульмонології. Відсутність результатів на попередніх етапах діагностики та лікування, а також необхідність вибору та корекції терапії, призводить до необхідності отримання морфологічної (гістологічної) верифікації діагнозу шляхом біопсії легені.

З метою оцінки ефективності проведено порівняльний аналіз відкритої біопсії легені (ВБЛ) та відеоторакоскопічної біопсії легені (ВТС) у двох груп хворих (ВБЛ — 41 пацієнт, ВТС — 83 пацієнта).

В ході ВТС біопсійний матеріал отримували шляхом щипцевої біопсії легені за допомогою біопсійного затискача в місцях виявлених патологічних змін на її поверхні або за допомогою відсікання шматочків легені ножицями. При відсутності чітких візуальних змін, біопсія виконувалась з верхньої або середньої частки по краю міждольової борозди. Біопсію робили з 2–3 ділянок — в середньому з $(3,2 \pm 0,2)$ за операцію, кровотечу зупиняли електрокоагуляцією. При цьому діставали шматочки розміром до $(0,1 \pm 0,1)$ см³. В 16 випадках $((19,0 \pm 8,8)$ %), після виконання відеоревізії, над виявленими зміненими ділянками легені, виконували відеоасистовану мікроторакотомію до 4–5 см з крайовою резекцією легені за допомогою УС

20. Розмір отриманих в цих випадках ділянок складав до 2,5 см в найбільшому вимірі. Операцію закінчували дренажуванням плевральної порожнини.

Інформативність біопсії при ВБЛ та ВТС склала 100,0 %, що свідчить про те, що обидві операції відповідають поставленій задачі. Але при цьому, ВТС мала значні переваги над ВБЛ, пов'язані з можливостями ендоскопічної техніки: можливість під час операції оцінити поширеність ураження на легеню, грудну стінку, діафрагму і органи межистіння та виконати, при необхідності, додатково біопсію з цих ділянок; а також меншою травматичністю, відсутністю недоліків виконання торакотомії: скорочення тривалості анестезії $((90,0 \pm 7,5)$ і $(69,5 \pm 2,1)$ хвилин відповідно $(p < 0,05)$) та операції $((83,6 \pm 6,4)$ та $(48,1 \pm 2,5)$ хвилин $(p < 0,05)$), зменшення кількості ускладнень, обумовлених самим втручанням $((4,3 \pm 1,1)$ % при ВБЛ та $(1,0 \pm 0,4)$ % при ВТС $(p < 0,05)$). В післяопераційному періоді після ВТС не призначали наркотичні анальгетики $(p < 0,01)$ та антибіотики $(p < 0,001)$, які часто застосовували після ВБЛ. Скорочувалась тривалість дренажування плевральної порожнини (з $(4,4 \pm 0,9)$ до $(2,0 \pm 0,3)$ діб $(p < 0,05)$). Рання активізація пацієнтів (в першу добу після ВТС, на $(2,0 \pm 0,5)$ добу після ВБЛ $(p < 0,05)$), незначний больовий синдром (термін застосування ненаркотичних анальгети-

ків склав при ВТС до 4 діб, при ВБЛ - до 7 діб ($p < 0,05$)), відсутність порушень функції зовнішнього дихання, сприяли скороченню терміну перебування пацієнта в стаціонарі.

Проведено також економічний аналіз виправданості використання відеоторакоскопії при даній патології. Складовими аналізу в групах дослідження були: порівняльний аналіз вартості операції, який включав вартість наркозу, амортизацію обладнання, вартість операції, оплату праці персоналу (хірургів, анестезіологів, медичних сестер, санітарки), оплату вартості видаткових матеріалів (шовний, перев'язувальний матеріали) та загальної вартості лікування, яка, крім вартості операції, включала вартість перебування в стаціонарі і вартість післяопераційної терапії.

З урахуванням усіх складових вартість ВБЛ склала в середньому 163,21 \$, ВТС — 122,90 \$. Загальна вартість лікування також виявилася нижче у хворих після проведення ВТС (при ВТС — від 159,54 до 173,48 \$, при ВБЛ — від 276,25 до 370,47 \$).

Результати застосування ВТС показали повну адекватність методу щодо встановлення морфологічної верифікації патологічних процесів в легенях. ВТС виявилася високоефективним методом діагностики та лікування, переваги якого базувалися на використанні сучасних ендоскопічних технологій, малій травматичності, покращенні якості втручання, скороченні післяопераційної реабілітації. Проведені фармакоеконімічні розрахунки показали обґрунтованість застосування цього оперативного втручання в клінічній практиці.