

**М. В. Секела, О. А. Невзгода, В. В. Томашевський, Ю. В. Мотрук,  
М. М. Максимович, Л. М. Рак**

**ПАЛІАТИВНА ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО  
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**

*Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Вступ.* За останні 5 років в Україні спостерігається позитивна динаміка стосовно захворюваності та смертності від туберкульозу. Поряд з цим, констатується поширення мультирезистентних форм туберкульозу, ріст поширених полікавернозних процесів з масивним бактеріовиділенням, що значно знижує ефективність специфічного лікування пацієнтів. У 25 % випадків перебіг захворювання спостерігається в хронічній формі, а летальність становить понад 20 %. Реальний показник хірургічних методів лікування не перевищує 5–6 %, хоча показання до них — в межах 20 %. При двобічних специфічних процесах застосування радикальних оперативних втручань обмежене. Для хворих з поширеними деструктивними процесами в легенях з полірезистентними штамми МБТ застосовуються паліативні оперативні втручання, а саме-первинна екстраплевральна торакопластику (ЕПТП). За останнє десятиріччя частота виконання останніх зросла до 7–10 %.

*Мета* — оптимізація паліативного хірургічного лікування хворих з поширеними деструктивними полірезистентним туберкульозу легень (ПДПРТЛ).

*Методи і матеріали.* У торакальній клініці ЛРФПЦ протягом 2008–2013 років виконано 56 ЕПТП у хворих з ПДПРТЛ. Ці пацієнти склали основну групу обстежених. В контрольній групі — 45 хворих з полірезистентним деструктивним туберкульозом легень, яким не проводились колапсхірургічні втручання. В обох групах чоловіків було відповідно 81,4 % і 82,5 %.

Показами до проведення колапсхірургічних операцій (КХО) були значні порушення зі сторони дихальної та серцево-судинної систем. Порушення функції зовнішнього дихання виявлено у пацієнтів обох груп — ДН I ступеня у 26,5 % хворих основної і 32 % хворих контрольної груп, ДН II ступені становили в обох групах 52,6 %. На початку лікування бактеріовиділен-

ня в основній групі виявлено у 65,6 %, в контрольній — у 72,5 % хворих. У більшості пацієнтів туберкульозний процес був хронічного характеру. Перед проведенням КХО усім хворим протягом 4–6 місяців проводилися інтенсивна внутрішньовенна поліхіміотерапія (4 препарати).

*Результати дослідження.* Класичний варіант верхньозадньої ЕПТП виконано у 41 хворого. У 36 пацієнтів проведена семиреберна верхньозадня ЕПТП, у 2-х — восьмиреберна, у 3-х — шестиреберна. При наявності патологічного процесу та залишкової порожнини в проекції нижніх відділів легень у 15 випадках проведена резекція 4-6 ребер (починаючи з 3-го або 4-го ребра донизу). Під час оперативних втручань крововтрата становила від 400 до 600 мл. У 3 пацієнтів інтраопераційно розвинулась гостра серцево-судинна недостатність, у 4-х — констатовані порушення серцевого ритму. Ранній післяопераційний період протікав без ускладнень у 36 пацієнтів. Гостра серцево-судинна недостатність в ранньому післяопераційному періоді констатована у 3-х хворих. 1 пацієнт помер. Післяопераційна летальність — 1,8 %. Значна ефективність ЕПТП констатована у 42 оперованих — 75 %. Припинення бактеріовиділення відзначено у 36 пацієнтів (64,5 %). У 38 хворих проаналізовано віддалені результати лікування — реактивація туберкульозного процесу спостерігалась у 5 пацієнтів.

*Висновки.* 1. Застосування ЕПТП у пацієнтів з ПДПРТЛ значно покращує результати лікування. 2. Виконання ЕПТП показано пацієнтам навіть при низьких функціональних резервах організму. 3. Застосування класичної екстракорпоральної торакопластики та модифікованих її варіантів значно зменшує частоту інтра- та післяопераційних ускладнень. При цьому констатовано зменшення післяопераційної летальності у 2,5 рази.