

Л. І. Леванда, Р. С. Демус, О. Е. Кшановський
АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТЕЙ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У
ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

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

Вступ

Проблема ХОЗЛ стрімко зростає в усьому світі і є найбільш розповсюдженою коморбідною формою патології легень, що зустрічається у хворих хірургічного профілю, та набуває особливого значення, коли оперативне втручання проводиться безпосередньо на органах дихання. Скомпроментовані легені обумовлюють більш частіше виникнення післяопераційних респіраторних та інфекційних ускладнень, що є однією з головних причин відмови надання належної хірургічної допомоги хворим на туберкульоз, онкологічну патологію та неспецифічне ураження легень.

Мета

Проаналізувати на основі власного досвіду можливості хірургічного лікування патології органів дихання у хворих зкоморбідним ХОЗЛ.

Матеріали і методи

У відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» було проведено ретроспективний аналіз 45 випадків хірургічного лікування патології органів дихання у хворих з супутнім ХОЗЛ. Всі хворі були розподілені згідно спірометричної класифікації GOLD: GOLD 1–14 (31,1 %); GOLD 2– 18 (40,0 %); GOLD 3 — 9 (20,0 %); GOLD 4 — 4 (8,9 %) пацієнтів. Більшість хворих була прооперована з приводу онкологічної патології — 20 (44,5%) хворих, туберкульоз органів дихання мав місце у 15 (33,3 %) пацієнтів, неспецифічне ураження спостерігалось в 10 (22,2 %) випадках. Серед хворих переважали чоловіки — 34 (75,6 %), жінок було 11 (24,4 %). Віковий діапазон був наступним: 35-45 років — 8 (17,8 %) пацієнтів, 46-55 — 12 (26,6 %) хворих, 56- 65 — 16 (35,6 %) пацієнтів, старше 65 років — 9 (20,0 %) хворих. Як видно, переважна більшість пацієнтів була працездатного віку — 36 (80,0 %) випадків.

Результати та обговорення

Успішність хірургічної тактики багато в чому залежить від комплексної оцінки тяжкості та ушкоджуючого впливу ХОЗЛ на кожного окремого хворого на передопераційному етапі з урахуванням поточного рівня симптомів, тяжкості спірометричних порушень, ризику і/або загострення ХОЗЛ, наявності та ступеня компенсації

супутньої патології. Ступінь стабілізації ХОЗЛ визначався на основі оцінки симптомів задишки за мМДР та ТОХ. При виявленні задишки за мМДР > 2 та загального рахунку ТОХ > 10 разом з пульмонологом і реабілітологом була обрана нова терапевтична тактика. З метою визначення вірогідності післяопераційних ускладнень використовували мультипараметричні індекси BODE і HODEN. Прогностична цінність індексу BODE полягає у необхідності обчислення індексу маси тіла, так як значна втрата ваги є несприятливим фактором, оскільки в післяопераційному періоді буде визначальним в дисфункції скелетних та дихальних м'язів. Визначення індексу BODE має особливо важливе значення у хворих на туберкульоз і рак. Більш комплексним в оцінці післяопераційних ускладнень є індекс HODEN, що включає легеневі прояви ХОЗЛ, його позалегеневі ефекти є особливо інформативним у хворих з супутньою хронічною патологією. За нашими даними діапазон балів в межах 0-2 обумовлює наявність післяопераційних ускладнень у 10-20 % хворих, що значно не перевищує таких у загальній когорті хворих; 3-4 бали викликає ускладнення приблизно в 30-40 %, при загальній сумі > 5 балів ускладнення спостерігалися більше ніж у 50 %. При кількості балів > 9, імовірність ускладнень досягає 80 %, тому таким пацієнтам оперативні втручання можливі лише за життєвими показаннями. Ефективність хірургічного лікування склала 95,6 %. Ускладнення спостерігалися у 16 (35,6 %) пацієнтів. Найбільшу групу склали ускладнення зі сторони дихальної системи: ознаки дихальної недостатності — 6 (13,3 %) випадків, пневмонія оперованої легені — 2 (4,4 %), пневмонія єдиної легені — 2 (4,4 %), емпієма плевральної порожнини — 1 (2,2 %). Летальність склала 2 (4,4 %) випадки: 1 (2,2 %) внаслідок дихальної недостатності після первинної екстраплевральної торакопластики (пацієнтка групи GOLD3) та 1 (2,2 %) внаслідок тромбоемболії гілки легеневої артерії після пульмонекомії (пацієнт групи GOLD 2).

Висновок

Власний досвід показує, що в більшості випадків немає суттєвих причин для відмови в хірургічному лікуванні хворим з коморбідним ХОЗЛ. Своєчасно проведене оперативне лікування дозволяє запобігти зниженню соціальної активності, атакож підвищити якість життя цих хворих.