

**М. С. Опанасенко, О. Е. Кшановський, Б. М. Конік, О. В. Терешкович,
М. І. Калениченко, С. М. Шалагай, М. Ю. Шамрай**
**ВІДЕОАСИСТОВАНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ
ЛІКУВАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**

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

Використання відеотехнологій в медичній практиці дозволяє значно поліпшити діагностику і лікування багатьох захворювань з найменшою травмою для пацієнта, а також зменшити термін стаціонарного лікування. До таких малоінвазивних втручань відносяться відеоасистовані (VATS) резекції легень. Очевидно, що VATS–резекція легень паралельно з невеликим травматизмом є складним з технічної точки зору хірургічним втручанням; вона потребує додаткового вивчення як методики проведення операції, так і основних показань, і протипоказань до її застосування. Перевагами VATS–резекцій в порівнянні з класичними відкритими торакотоміями є:

- 1) значно менший травматизм оперативного втручання (мініторакотомний розріз довжиною 5–8 см);
- 2) менший термін перебування хворого в реанімаційному відділенні і скорочення тривалості стаціонарного лікування після операції;
- 3) менша потреба в післяопераційній анальгезії, в тому числі і в наркотичних анальгетиках, що обумовлює ранню мобілізацію пацієнта і прискорює період його повної реабілітації;
- 4) розширення показань до оперативного втручання у літніх людей і у хворих з обмеженими вітальними функціями;
- 5) незначний косметичний дефект.

Разом з перевагами відеоторакоскопічні втручання мають ряд недоліків:

- 1) недостатній контроль над зоною оперативного втручання;
- 2) неможливість повноцінної пальпаторної оцінки стану органів грудної порожнини;
- 3) незадовільна ефективність методики при наявності вираженого злукового процесу в плевральній порожнині;
- 4) технічна складність виконання медіастинальної лімфодисекції;
- 5) виконання VATS–резекцій вимагає наявності коштовних витратних матеріалів.

Щодо техніки виконання VATS–резекцій при туберкульозі — подібні оперативні втручання вимагають ідеального знання анатомії, часом технічно дуже складні внаслідок значного фіброзу в області кореня легень.

Мета роботи — проаналізувати досвід виконання VATS–резекцій легень у пацієнтів з туберкульозом легень в період з 2008 р. по лютий 2018 р.

Матеріали та методи

Протягом останніх 10 років (2008 –початок 2018 рр.) на базі відділення торакальної хірургії і інвазивних мето-

дів діагностики було виконано 76 VATS–резекцій легень хворим на туберкульоз. Типова VATS–лобектомія склала 34 (44,7%) випадків, пульмонектомія — 2 (2,6 %), нижня білобектомія — 2 (1,6%) спостереження, комбінована резекція нижньої частки і S6 — 1 (2,6%) випадок, типова сегментектомія — 24 (31,6 %), атипова сегментектомія — 13 (17,1%) спостережень. Жінок було дещо більше ніж чоловіків — 34 (44,7%) і 42 (55,3%) відповідно. Середній вік — $28,1 \pm 6,1$ років. Мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз з розширеною резистентністю встановлено у 44 (57,9 %) хворих.

Види туберкульозного процесу досліджуваних хворих представлені в таблиці.

Таблиця

Розподіл хворих по виду туберкульозного процесу.

Вид туберкульозного процесу	Кількість випадків	
	Абс.	%
Солітарні туберкуломи	43	55,5
Фіброзно–кавернозний	21	27,0
Множинні туберкуломи	11	15,9
Циротичний	1	1,6

Результати

Середня тривалість оперативного втручання склала $75,5 \pm 22,3$ хвилин. У групі прооперованих хворих інтраопераційні ускладнення були діагностовані у 4 (5,3%) пацієнтів. У двох (2,6 %) випадках, при виконанні VATS–резекції верхньої частки лівої легень, була пошкоджена сегментарна артерія. Об'єм крововтрати склав 1200 мл і 800 мл відповідно. У двох (2,6%) пацієнтів були зафіксовані надриви паренхіми легень, як результат технічно складного пневмолізу.

Загальний рівень післяопераційних ускладнень у досліджуваних пацієнтів склав 10 (13,2%) спостережень. У 2 (2,6%) пацієнтів спостерігалось запізнеле розправлення оперованої легень. У 2 (2,6%) випадках виникло нагноєння післяопераційної рани. У двох (2,6%) пацієнтів після виконання VATS–нижньої лобектомії зліва на третю добу післяопераційного періоду був діагностований вільний плевральний випіт на стороні операції. Така ситуація вимагала додаткового дренирування плевральної порожнини. У одного (1,3%) пацієнта була розкрита серома м'яких тканин області післяопераційної рани. У двох (2,6%) пацієнток після нижньої лобектомії справа і нижньої лобектомії зліва виникла точкова ($d = 0,5\text{--}1,0$ мм) неспроможність кукси нижньодольового бронха з формуванням залишкової плевральної порожнини через 3 і 5 місяців після операції. У одній з них після операції була діагностована двостороння госпітальна пневмонія з абсцедуванням.

Слід зазначити, що більшість інтра- і післяопераційних ускладнень, про які йшла мова, мали місце на первинних етапах впровадження методики.

Післяопераційний період у більшості прооперованих хворих протікав без ускладнень і характеризувався:

1) ранньою мобілізацією хворого (в 65 (79,4 %) випадках хворі були переведені з реанімаційного відділення в перші 3 доби після операції);

2) нетривалим терміном знеболювання пацієнтів наркотичними анальгетиками (50 (69,8%) хворим тривалість знеболювання опіатами була менше 3 діб).

Загальна ефективність виконання VATS-резекцій легень склала 98,7%. У одного (1,3%) хворого, якому виконано відеоасистовану верхню лобектомію справа з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу, через 2 місяці стаціонарного лікування виникло загострення туберкульозного процесу в оперованій легені.

Висновки

VATS-резекції відносяться до малотравматичних методів лікування, а тому мають велику перспективу їх більшого застосування. Проте, зважаючи на особливості протікання туберкульозного процесу, слід проводити диференційований відбір пацієнтів для даних втручань.