



О.В. Хмель, І.А. Калабуха

ДУ «Національний інститут фізіотрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України», Київ

Віддалені результати оперативних втручань з приводу туберкульозу легень

Проведено оцінку віддалених наслідків хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень залежно від поширеності туберкульозного процесу та виду оперативного втручання. За результатами анкетування 556 осіб, оперованих з приводу легеневого туберкульозу у термін від 1 до 9 років тому, оцінювали частоту випадків реактивації туберкульозу, ускладненого перебігу віддаленого післяопераційного періоду, а також летальність та причини смерті. Встановлено, що після сублобарних резекцій та лобектомій невдача лікування спостерігалася у 3,2 %, рецидив туберкульозу — у 2,2 %, емпієма плеври — у 1,1 %, бронхіальні норичі — у 0,8 %, серцево-судинна недостатність — у 1,3 % оперованих. Летальність становила 3,2 % за загальної клінічної ефективності 96,0 %. Після комбінованих резекцій та білобектомій неефективне лікування було у 8,9 %, рецидив туберкульозу — у 15,0 %, емпієма плеври — у 12,0 %, бронхіальні норичі — у 6,3 %, серцево-судинна недостатність — у 5,0 % оперованих. Летальність становила 12,6 % за загальної клінічної ефективності 87,4 %. Після пневмонектомій невдача лікування спостерігалася у 5,6 %, рецидив туберкульозу — у 5,6 %, емпієма плеври — у 3,8 %, бронхіальні норичі — у 3,8 %, серцево-судинна недостатність — у 3,8 % оперованих. Летальність становила 10,0 % за загальної підсумкової клінічної ефективності 90,0 %.

Ключові слова

Туберкульоз легень, хірургічне лікування.

Хірургічні методи лікування хворих на туберкульоз легень (ТБ) з необоротними змінами внаслідок специфічного процесу залишаються пріоритетними [8–11]. У 2014 р. ВООЗ видала консенсус щодо ролі хірургії у лікуванні хворих на ТБ, в якому засвідчено доцільність та ефективність хірургії туберкульозу [13]. У рекомендаціях ВООЗ щодо терапії хворих на мультирезистентний ТБ (2016) хірургічне лікування представлено окремим розділом [17].

У багатьох країнах світу нагромаджено значний досвід хірургічного лікування хворих на ТБ [4, 7, 10, 12, 15, 16]. При цьому переважна кількість наукових досліджень присвячена певним хірургічним методикам, технологіям, алгоритмам і, як правило, базується на оцінці безпосередніх наслідків хірургічного втручання. Стосовно віддалених наслідків є тільки окремі повідомлення, які найчастіше містять дані про ефек-

тивність лікування за певними спеціалізованими напрямками [1–3]. У розділі «Недоліки доступних наукових досліджень і рекомендації для подальшої роботи» консенсусу ВООЗ щодо ролі хірургії у лікуванні хворих на ТБ окремо вказано на крайню потребу у визначенні ефективності лікування хворих на ТБ із застосуванням хірургії у віддалений період [13].

Таким чином, оцінка ефективності хірургічного лікування хворих на ТБ є актуальним науковим питанням.

Мета роботи — оцінка віддалених наслідків хірургічного лікування хворих на ТБ залежно від поширеності туберкульозного процесу та виду оперативного втручання.

Матеріали та методи

Проаналізовано клінічні наслідки хірургічного лікування 556 хворих на ТБ легень у віддалений післяопераційний період. Пацієнтів було розподілено на три групи. У 370 пацієнтів оці-

Таблиця 1. Віддалені наслідки хірургічного лікування обмежених форм туберкульозу легень у термін 1—7 років

Характер оперативних втручань	Реактивація процесу					Перебіг процесу після операції							Загальна клінічна ефективність, %		
	Відсутність реактивації	Загострення		Рецидив	Форма реактивації	Ускладнення			Причина смерті						
		до 1 року	1—2 роки			2—5 років	Понад 5 років	Інфільтративний	Фіброзно-кавернозний	Дисемінований	Емпієма без нориці	Емпієма з бронхіальною норицею		Серцево-судинна патологія	Від туберкульозу
Сублобарні резекції при МБТ+ (n = 53)	48	3	1	—	2	2	—	4	1	—	2	1	2	94,3	
Сублобарні резекції при МБТ- (n = 137)	133	1	1	2	—	1	—	1	1	—	1	2	1	97,8	
Лобектомії (n = 105)	98	1	3	2	1	2	—	4	2	2	—	2	2	96,2	
Лобектомії з корекцією гемітораксу (n = 75)	72	—	2	—	1	2	—	1	—	1	2	1	1	97,3	
Разом	Абс.	351	5	7	4	4	7	—	10	4	3	5	6	6	96,7
	%	94,8	1,3	1,9	1,1	1,1	1,9	—	2,7	1,1	0,8	1,3	1,6	1,6	

нювали наслідки резекції легень в об'ємі до лобектомії включно, у 79 — понад одну частку (комбіновані резекції й білобектомії) та у 107 — пневмонектомії.

Визначали частоту випадків реактивації специфічного процесу, ускладненого перебігу віддаленого післяопераційного періоду, а також летальність і причини смерті.

Дані збирали шляхом анкетування оперованих осіб у терміни від 1 до 9 років після операції. Збір, зберігання та математичну обробку матеріалів дослідження проводили із застосуванням ліцензійних програмних продуктів, що входять до пакета Microsoft Office Professional 2007 (ліцензія Russian Academic OPEN No Level № 43437596). Кількісні показники порівнювали з використанням критерію Стюдента, якісні — критерію Уїлкоксона [5].

Дослідження проводили у межах планових науково-дослідних робіт за кошти державного бюджету.

Результати та обговорення

Сублобарні резекції й лобектомії перенесли 370 (66,5 %) осіб. У табл. 1 наведено наслідки оперативного лікування обмежених деструктивних процесів (переважно лікарсько-стійкі форми МБТ) у строки від 1 до 7 років.

Отже, у більшості оперованих (351, або 94,3 %) у віддалений післяопераційний період реактивації процесу не спостерігалось. Раннє загострення процесу виявлено у 5 (1,3 %) хворих, а пізніше — у 7 (1,9 %). Ранній і пізній рецидиви зауважено у

8 (2,2 %), з однаковою частотою як після сегментарних резекцій, так і лобектомій. При цьому реактивацію процесу у формі інфільтративного спалаху виявлено у 7 (1,9 %) спостережуваних, а за типом дисемінації — у 10 (2,7 %). Варто наголосити, що в післяопераційний період протирецидивну хіміотерапію не проведено у 12,5 % пацієнтів, що, ймовірно, і спричинило реактивацію специфічного процесу.

Серед бронхолегеневих ускладнень найхарактернішими у віддалений період були емпієми плеври (у 4 хворих, або 1,1 % випадків), бронхіальні нориці (у 3, або 0,8 %) і серцево-судинна недостатність (у 5, або 1,3 %).

У цій групі пацієнтів післяопераційна летальність у віддалений термін становила 3,2 % за загальної клінічної ефективності понад 96,0 %.

Таким чином, операції органозберігального характеру й типові лобектомії (з корекцією гемітораксу в разі показань) виявилися достатньо ефективними, коли їх виконували в суворій відповідності з показаннями й дотриманням усіх оперативно-технічних правил.

Тяжчу групу склали хворі з поширеними специфічними процесами, що виходять за межі частки.

Простежено віддалені наслідки 24 комбінованих резекцій легень, 19 білобектомій і 36 первинних лікувальних торакопластик у термін від 1 до 6 років (табл. 2).

Ми виходили з того, що комбіновані резекції (частка й сегменти суміжних часток) або білобектомії мають суворо обмежені показання й

Таблиця 2. Віддалені наслідки хірургічного лікування поширених деструктивних форм ТБ легень у термін 1—9 років

Характер оперативних втручань	Реактивація процесу					Перебіг процесу після операції								Загальна клінічна ефективність	
	Відсутність реактивації	Загострення		Рецидив		Форма реактивації			Ускладнення		Причина смерті				
		до 1 року	1—2 роки	2—5 років	Понад 5 років	Інфільтративний	Фіброзно-кавернозний	Дисемінований	Емпієма без нориці	Емпієма з бронхіальною норицею	Серцево-судинна патологія	Від туберкульозу	Від супутньої патології		Емпієма без нориці
Комбіновані резекції (n = 24)	16	2	1	3	2	2	2	4	4	2	1	1	2	1	87,5
Білобектомії (n = 12)	12	2	2	1	2	3	1	3	3	2	1	1	3	—	84,2
Лікувальні торакопластики (n = 36)	30	—	2	1	3	1	3	2	3	1	2	1	2	2	88,8
Разом	Абс.	58	4	3	5	7	6	6	9	10	5	4	3	7	3
	%	94,8	5,1	3,8	6,3	8,9	7,6	7,6	11,4	12,6	6,3	5,0	3,8	—	—

виконують їх за умови повноцінності та достатності відділів легеневої паренхіми, що залишається, а також інтактності контрлатеральної легені. Наявність навіть обмежених змінених осередків у відділах оперованої легені часто призводить до реактивації туберкульозного процесу й розвитку низки бронхо-плеврального ускладнення, для ліквідації яких часто потрібно багато часу й повторних хірургічних маніпуляцій і оперативних втручань. Також у цю групу ми включили результати первинних лікувальних торакопластик в основному у хворих з локалізацією деструктивних процесів і дисемінацій у верхніх частках легень і S6, коли резекції протипоказані через поширеність й двобічність специфічного ураження та хіміорезистентності мікобактерій туберкульозу (МБТ).

На відміну від хворих, які перенесли сублобарні резекції й лобектомії, в згаданій групі реактивація специфічного процесу відбулася у 17 % оперованих. При цьому загострення констатовано у 8,9 % пацієнтів, які перенесли комбіновані резекції й білобектомії, а рецидиви туберкульозних змін зазначено в 15 % випадків. Реактивація у вигляді інфільтративного й деструктивного процесу спостерігалася відповідно по 6 випадків, а дисемінації виявлено у 9 (11,4 %) спостереженнях.

Пізні бронхоплевральні ускладнення становили: 10 (12,0 %) емпієм плеври без нориць, 5 (6,3 %) бронхолегеневих нориць з емпіємою плевральної порожнини й прогресуванням серцево-судинної недостатності, що спричинила летальні випадки у 4 (5,0 %) оперованих.

Загальна летальність у віддалений післяопераційний період становила 12,6 %, а загальна

клінічна ефективність — 87,4 %. При цьому найнижча ефективність була в групі пацієнтів, які перенесли білобектомії (84,2 %).

Таким чином, можна констатувати: в разі поширених деструктивних процесів, що супроводжуються лікарською стійкістю МБТ до протитуберкульозних препаратів та дисемінацією у відділах легеневої паренхіми, яка залишається, колапсхірургічне втручання є засобом вибору.

Наводимо клінічні приклади спостережень у віддалений післяопераційний період.

Хвора П., 1976 р. н., лікувалася у відділенні торакальної хірургії НІФП від 17.09.2008 до 20.01.2009 р. з діагнозом: хіміорезистентний ТБ (ХТБ) (2007 р.) лівої легені (фіброзно-кавернозний), Дестр+, МБТ+, М+, К+, Резист.+ I (HRSE), II (Rb), Гіст+, ТБ бронхів, Кат. 4, Ког. 3 (2008 р.). Лівобічна пневмонектомія (10.12.2008 р.).

ТБ виявлено у 2004 р. (S2 лівої легені, інфільтративний). Бактеріовиділення не було. Лікували за I категорією протягом 6 міс. Виписано із залишковими змінами (туберкулома; рис. 1). Питання про операцію не розглядали, хоча існували прямі показання до хірургічного лікування (резекція S2 лівої легені).

У 2006 р. у хворої виник рецидив туберкульозного процесу у вигляді інфільтративного ТБ з розпадом лівої легені, МБТ+. Спостерігалися бактеріовиділення, полірезистентність (HS). Лікували за II категорією. Досягнуто припинення бактеріовиділення, клінічного одужання. Зберігалися великі залишкові зміни після лікування ТБ (ЗЗТБ) у вигляді цирозу верхньої частки лівої легені з бронхоектазами (рис. 2). Знову ж таки за наявності абсолютних показань до ліво-

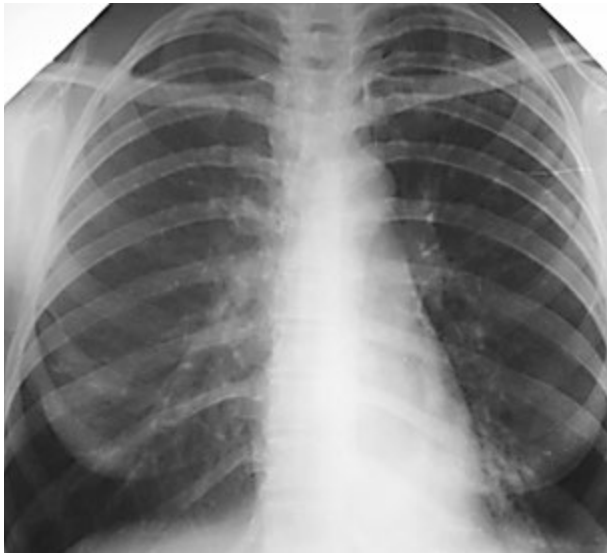


Рис. 1. Хвора П. після завершення лікування з приводу ТБ лівої легені в 2004 р. Туберкулома S2 лівої легені



Рис. 2. Хвора П. Рецидив туберкульозу через 2 роки від попереднього вилікування. Лікування завершено, великі ЗЗТБ (цироз верхньої частки лівої легені з бронхоектазами)

бічної верхньої лобектомії хірургічного лікування не запропоновано.

Ще через рік (2007 р.) у хворой розвинувся другий рецидив туберкульозного процесу з інтенсивним бактеріовиділенням та вже з мультирезистентністю (HRSErB). Лікування ефекту не дало, і хвору направлено, за її ініціативою, до НІФП НАМНУ. На час госпіталізації загальний стан тяжкий, виразна інтоксикація, дефіцит маси тіла, дихальна недостатність; рентгенологічно — фіброзно-кавернозний процес зліва із засівом у S6 справа; ендоскопічно — специфічний ендобронхіт зліва з ураженням та стенозом лівого головного бронха (рис. 3).

Проведено комплексну передопераційну підготовку за описаною в роботі технологією, що дало змогу протягом майже 2,5 міс досягти компенсації порушень гомеостазу, олігобацилярності, розсмоктування дисемінації в правій легені, зникнення виявів специфічного ендобронхіту.

10.12.2008 р. хворій виконано лівобічну пневмонектомію. Перебіг післяопераційного періоду задовільний (рис. 4). 20.01.2009 р. хвору виписано за місцем проживання, де продовжувала протитуберкульозну терапію. Загалом лікування тривало 8 міс від дати операції (2 міс — за схемою інтенсивної фази, 6 міс — підтримувальної).

Пацієнтка перебуває під спостереженням клініки понад 8 років (рис. 5). Досягнуто задовільного наслідку як за медичними, так і суспільно-соціальними показниками.

Таким чином, можна констатувати:

— хвора, протягом п'яти років, з відносно короткими перервами, лікувалася від туберкульозу;

— загалом було три випадки активізації туберкульозного процесу;

— вилікування досягнуто внаслідок хірургічного лікування в загальному комплексі заходів;

— без хірургічного втручання (після третього випадку) досягнення вилікування є сумнівним;

— у разі своєчасного втручання можна було обмежитися сегментектомією (після першого разу) чи лобектомією (після другого) з високою ймовірністю одужання, без рецидивів (у першому разі) або ж з одним рецидивом (у другому).

Несвоєчасне призначення (чи не призначення взагалі) хірургічного втручання є досить поширеним недоліком лікування хворих на ТБ легень. Зазначений недолік є істотним не тільки з точки зору клінічної ефективності лікування, а й у епідемічному, економічному, соціальному та суспільному аспектах.

Також наводимо приклад несприятливого перебігу у хворого на ТБ легень із застосуванням хірургічних методів.

Хворий П., захворів на ТБ легень у місцях позбавлення волі. Кількість рецидивів і тривалість ремісій між ними точно встановити не вдалося (протягом тривалого часу хворий зловживав алкоголем). У 1998 р. хворий позбувся шкідливих звичок, однак на той час уже хворів на хронічний поширений мультирезистентний фіброзно-кавернозний ТБ лівої легені із засівом у праву легень, який ускладнився лівобічним піопневмотораксом. За місцем проживання виконано лівобічну верхню лобектомію. В ранній післяопераційний період виникла неспромож-

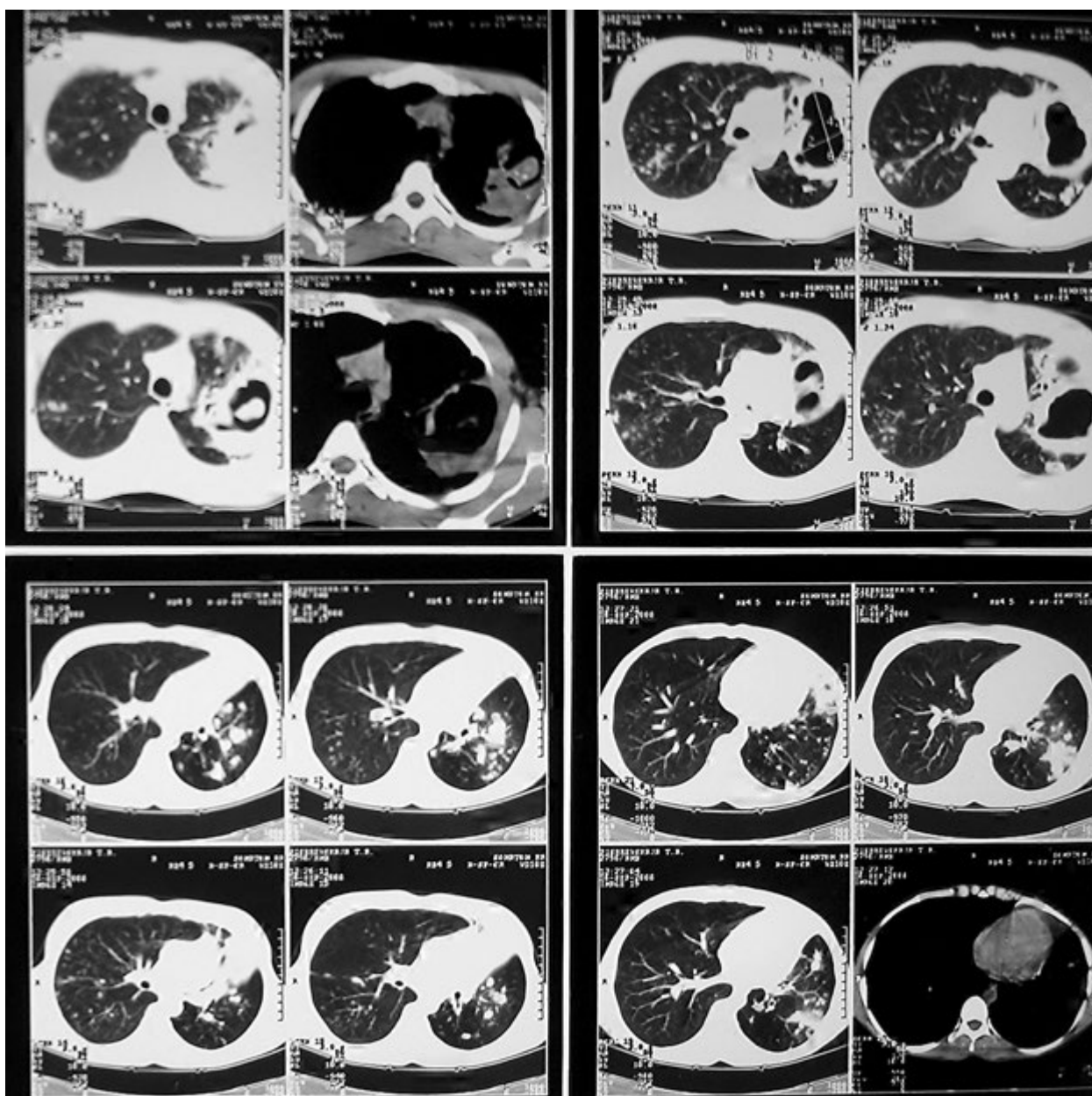


Рис. 3. Хвора П. Рецидив ТБ через рік після вилікування попереднього рецидиву: фіброзно-кавернозний туберкульоз лівої легені із засівом у S6 правої легені



ність кукси лівого верхньочасточкового бронха з подальшою емпіею плеври. Виконано торакопластику, яка виявилася неефективною, з нагноєнням післяопераційної рани, через що проведено лівобічну латеральну торакостомію. Вияви емпієми зберігалися, і хворого скеровано в НІФП НАМНУ. Госпіталізовано у відділення торакальної хірургії 18.02.1999 р. в незадовільному стані, з ознаками інтоксикації, гнійно-резорбтивного виснаження, бактеріовиділенням та мультирезистентністю (HRS) (рис. 6).

Рис. 4. Хвора П. Рентгенограма через 1 міс після лівобічної пневмонектомії з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу лівої легені

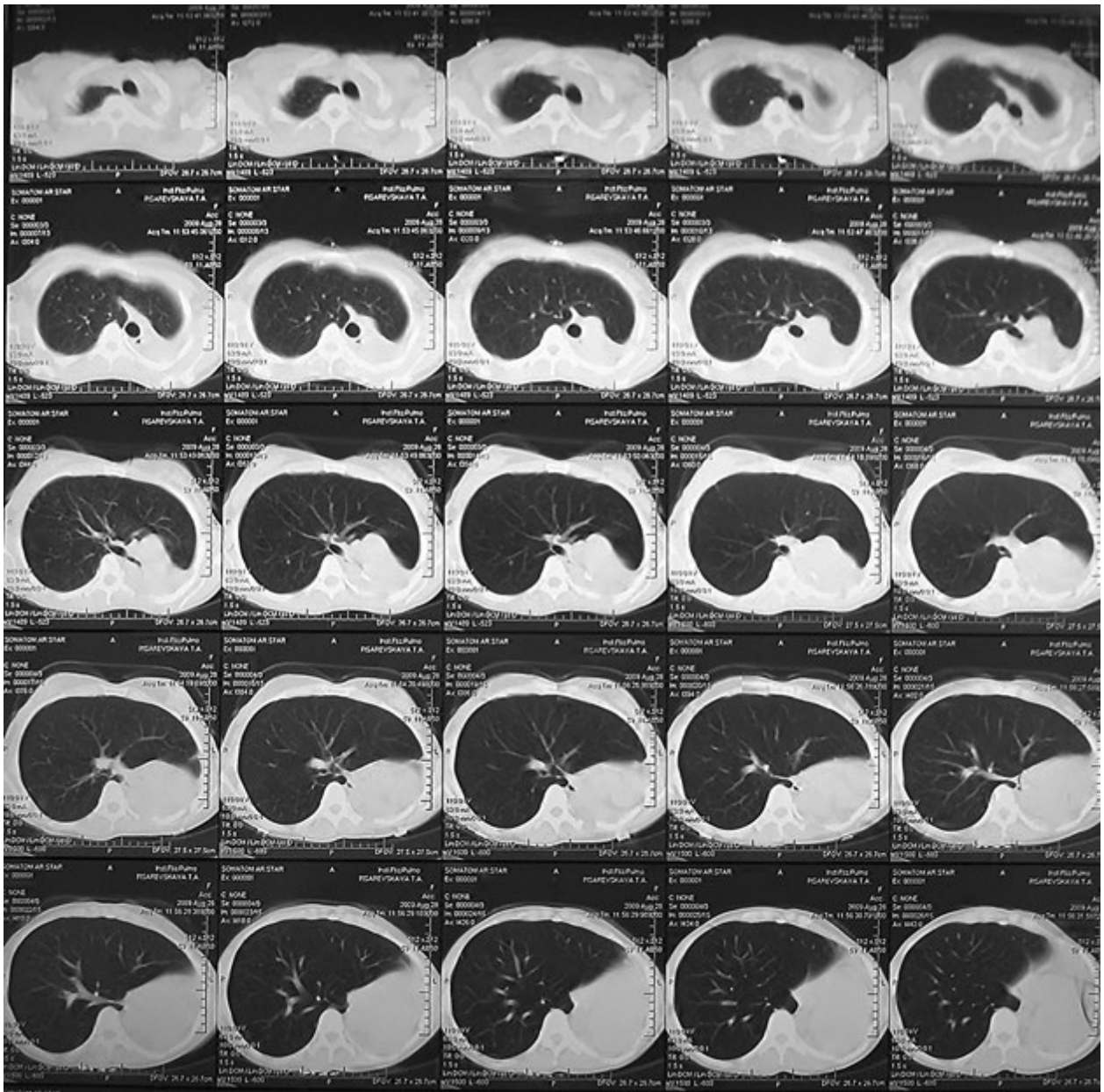


Рис. 5. Хвора П. Комп'ютерна томограма через 4 роки після лівобічної пневмонектомії з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу лівої легені

24.02.1999 р. хворому виконано корекцію торакастомі, далі проводили місцеву санацію емпієми на тлі інтенсивної інфузійної етіотропної та патогенетичної терапії. За майже 3 міс. удалося досягнути припинення бактеріовиділення, компенсації порушень гомеостазу, відносної санації емпієми (з чистої гранулюючої поверхні продовжувала висіватися *Ps. aeruginosa*, стійка до всіх доступних у клініці антибіотиків).

18.05.1999 р. хворому виконано заключну плевропневмонектомію з реторакопластикой.

Рис. 6. Хворий П. Рентгенограма під час госпіталізації: стан після лівобічної верхньої лобектомії верхньозадньої селективної торакопластики, латеральної торакастомії



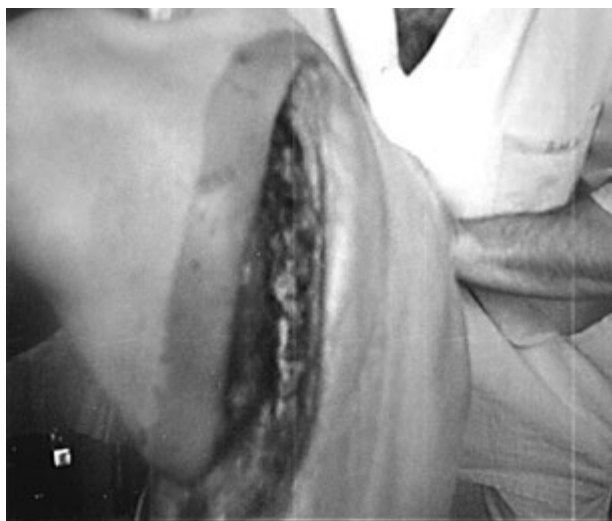


Рис. 7. Хворий П. Стан після заключної пневмонектомії та реторакопластики зліва. Післяопераційна рана на 3-тю добу після хірургічної обробки в зв'язку з нагноєнням



Рис. 8. Хворий П. Стан після заключної пневмонектомії та реторакопластики зліва. Післяопераційна рана через 4 тиж після хірургічної обробки



Рис. 9. Хворий П. Стан після заключної пневмонектомії та реторакопластики зліва. Післяопераційна рана через 3 міс після хірургічної обробки

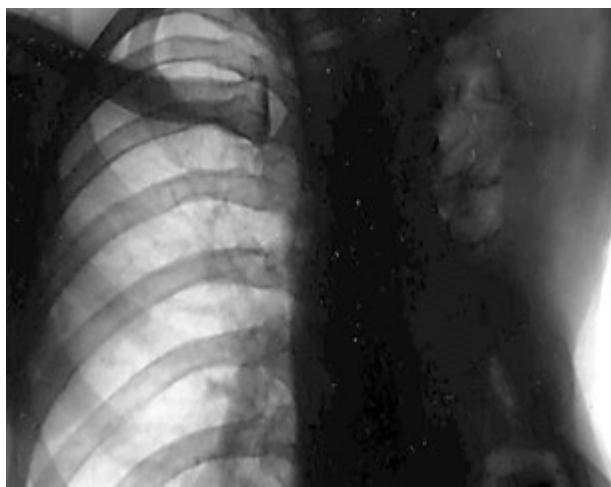


Рис. 10. Хворий П. Рентгенограма на час виписування з клініки

Попри заходи з профілактики ранової інфекції, з перших днів після операції спостерігалось незадовільне гоєння рани. Її краї були частково розведені. Місцево застосовували антисептики, системно — білкові інфузійні препарати та засоби для стимулювання репарації тканин. Однак стан рани залишався незадовільним, тому через 4 тиж проведено хірургічну обробку рани з її подальшим відкритим веденням (рис. 7).

Поступово на тлі лікування рана очистилася (рис. 8), надалі спостерігалася її епітелізація від країв (рис. 9).

22.10.1999 р. хворого виписано під спостереження за місцем проживання (рис. 10).

Протитуберкульозну терапію продовжували протягом 16 міс після резекції легені (4 міс —

за інтенсивною схемою, 12 міс — за підтримувальною).

Пацієнт перебуває під спостереженням клініки понад 15 років. Досягнуто стійкого вилікування. Соціально адаптований, служить священиком у методистській церкві.

Зі 107 обстежених, які перенесли різні операції з видалення органів, виконано планово 23 пневмонектомії й 30 плевропневмонектомій. У 20 випадках втручання проводили в екстрених ситуаціях. У 28 хворих виконано заключну плевропневмонектомію, а у 6 — з коригуючою торакопластикою (табл. 3).

Отже, у разі старих специфічних і метатуберкульозних змін у легені, що залишилася, реактивація туберкульозного процесу не спостерігалася у

Таблиця 3. Віддалені наслідки пневмонектомії

Характер втручання	Реактивація процесу					Перебіг після операції							Загальна клінічна ефективність		
	Відсутність реактивації	Загострення		Рецидив		Форма реактивації			Ускладнення			Причина смерті			
		Ранні (до року)	Пізні (1—2 роки)	Пізні (2—5 років)	Пізні (понад 5 років)	Ранні (до року)	Пізні (1—2 роки)	Пізні (2—5 роки)	Емпієма без нориці	Емпієма з бронхіальною норицею	Серцево-судинна патологія	Через ТБ		Через супутню патологію	Емпієма без нориці
Планові (n = 23)	21	—	1	—	1	1	1	—	—	1	1	—	1	1	91,3
Плевропневмонектомії (n = 30)	26	—	2	1	1	2	1	1	2	1	1	—	2	1	90,0
Термінові пневмонектомії (n = 20)	17	1	1	1	—	2	—	1	2	—	1	—	2	1	85,0
Заключні пневмонектомії (n = 28)	26	—	1	1	—	2	—	—	—	1	1	—	2	—	93,0
Заключні пневмонектомії з торакопластиком (n = 28)	5	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	1	—	83,3
Разом	Абс.	95	1	5	3	3	8	2	2	4	4	—	8	3	89,5
	%	88,7	0,9	4,6	2,8	2,8	7,5	1,9	1,9	3,7	3,7	—	11	3	10,3

88,7 % хворих. Разом із тим загострення (6 випадків) і рецидиви (6 випадків) спостерігалися у однакової кількості оперованих. Характер пізніх післяопераційних ускладнень, більшість із яких спричинили летальні наслідки, в усіх хворих був практично ідентичним: 4 емпієми без нориць, 4 емпієми із бронхіальними норицями й у 4 із прогресуванням серцево-судинної недостатності.

Загальна летальність становила 10,0 % за клінічної ефективності 90,0 %. Найбільш незадовільною була клінічна ефективність після екстрених і заключних пневмонектомій, пневмонектомій з коригуючою торакопластиком (85,0 і 83,3 % відповідно).

Висновки

Після сублобарних резекцій та лобектомій невдалим лікування було у 3,2 %, рецидив тубер-

кульозу — у 2,2 %, емпієма плеври — у 1,1 %, бронхіальні нориці — у 0,8 %, серцево-судинна недостатність — у 1,3 % оперованих. Летальність становила 3,2 % за загальної клінічної ефективності 96,0 %.

Після комбінованих резекцій та білобектомій неефективним було лікування у 8,9 % оперованих, рецидив туберкульозу — у 15,0 %, емпієма плеври — у 12,0 %, бронхіальні нориці — у 6,3 %, серцево-судинна недостатність — у 5,0 %. Летальність становила 12,6 % за загальної клінічної ефективності 87,4 %.

Після пневмонектомій невдалим виявилось лікування у 5,6 % оперованих, рецидив туберкульозу — у 5,6 %, емпієма плеври — у 3,8 %, бронхіальні нориці — у 3,8 %, серцево-судинна недостатність — у 3,8 %. Летальність становила 10,0 % за загальної клінічної ефективності 90,0 %.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — О.В. Хмель, І.А. Калабуха; збір, обробка матеріалу — О.В. Хмель, І.А. Калабуха; написання тексту — О.В. Хмель; редагування тексту — І.А. Калабуха.

Список літератури

- Гейнц В.Т. Віддалені результати пневмонектомії у хворих на туберкульоз та неспецифічні захворювання легень у термін понад 20 років після операції (клініко-функціональна характеристика): Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— К., 2006.— 20 с.
- Гейнц В.Т., Калабуха І.А., Радіонов Б.В., Хмель О.В. Загальна якість життя хворих у віддаленому періоді після пневмонектомії, виконаної з приводу туберкульозу, або ХНЗЛ // Укр. пульмонол. журн.— 2003.— № 2.— С. 143.
- Елькин А.В., Репин Ю.М., Левашев Ю.Н. Отдаленные результаты хирургического лечения туберкулеза легких в зависимости от массивности бактериовыделения и лекарственной устойчивости возбудителя // Пробл. туберкулеза и болезней легких.— 2003.— № 5.— С. 28–31.
- Исмаилов Ш.Ш., Еримбетов К.Д., Зетов А.Ш. Хирургическое лечение туберкулеза легких (методические рекомендации).— Алматы, 2009.— 18 с.
- Лапач С.Н. и др. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel.— К.: Морнион, 2000.— 320 с.
- Мельник В.М., Новожилова І.О., Матусевич В.Г. та ін. Ефективність лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз в Україні. Аналіз офіційної звітності // Укр. пульмонол. журн.— 2014.— № 2.— С. 36–39.
- Радионон Б.В. и др. Руководство по хирургии туберкулеза легких.— Днепрпетровск: РІА Днепр-VAL, 2012.— 334 с.
- Радионон Б.В., Савенков Ю.Ф., Калабуха І.А., Хмель О.В. Руководство по хирургии туберкулеза легких.— Днепрпетровськ: РІА «Днепр ВАЛ», 2012.— 334 с.
- Репин Ю.М., Елькин А.В. Хирургия послеоперационных рецидивов туберкулеза легких.— СПб: Гиппократ, 2004.— 144 с.
- Сабиров Ш.Ю., Джураев Э.Д., Рахманов Ш.А. Результаты хирургического лечения туберкулеза легких и плевры // Укр. пульмонол. журн.— 2013.— № 3.— С. 67.
- Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Матусевич В.Г., Новожилова І.О. Наукові підходи до вирішення проблем туберкульозу // Укр. пульмонол. журн.— 2013.— № 2.— С. 5–14.
- Яблонский П.К. и др. Роль торакальной хирургии в лечении туберкулеза легких (обзор литературы и собственные наблюдения) // Мед. Альянс.— 2014.— № 3.— С. 4–10.
- Dheda K. et al. The role of surgery in the treatment of Pulmonary TB and multidrug-and extensively drug-resistant TB: WHO/Europe Consensus Paper URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2014/the-role-of-surgery-in-the-treatment-of-pulmonary-tb-and-multidrug-and-extensively-drug-resistant-tb>.
- Marrone M.T. et al. Surgical interventions for drug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis // Int. J. Tuberc. Lung. Dis.— 2013.— N 17 (1).— P. 6–16.
- Migliori G.B. et al. The Collaborative Group for Meta-Analysis of Individual Patient Data in MDR-TB. Drug resistance beyond XDR TB: results from a large individual patient data meta-analysis // Eur. Respir. J.— 2012.— N 10.— P. 88–95.
- Somocurcio J.G., Sotomayor A., Shin S. et al. Surgery for patients with drug-resistant tuberculosis: report of 121 cases receiving community-based treatment in Lima, Peru // Thorax.— 2007.— Vol. 62 (5).— P. 416–421.
- WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis 2016 update: WHO / URL: <http://www.who.int/iris/handle/10665/250125> (27.12.2017).

О.В. Хмель, І.А. Калабуха

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Киев

Отдаленные результаты оперативных вмешательств по поводу туберкулеза легких

Была проведена оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных туберкулезом легких в зависимости от распространенности туберкулезного процесса и вида оперативного вмешательства. По результатам анкетирования 556 человек, оперированных по поводу легочного туберкулеза в срок от 1 до 9 лет тому назад, оценивали частоту случаев реактивации туберкулеза, осложненного течения отдаленного послеоперационного периода, а также летальность и причины летальных исходов. Было установлено, что после сублобарных резекций и лобэктомий неудача лечения отмечалась у 3,2 %, рецидив туберкулеза — у 2,2 %, эмпиема плевры — у 1,1 %, бронхиальные свищи — у 0,8 %, сердечно-сосудистая недостаточность — у 1,3 % оперированных. Летальность составила 3,2 % при общей клинической эффективности 96,0 %. После комбинированных резекций и билобэктомий неудача лечения отмечалась у 8,9 %, рецидив туберкулеза — у 15,0 %, эмпиема плевры — у 12,0 %, бронхиальные свищи — у 6,3 %, сердечно-сосудистая недостаточность — у 5,0 % оперированных. Летальность составила 12,6 % при общей клинической эффективности 87,4 %. После пневмонэктомий неудача лечения отмечалась у 5,6 %, рецидив туберкулеза — у 5,6 %, эмпиема плевры — у 3,8 %, бронхиальные свищи — у 3,8 %, сердечно-сосудистая недостаточность — у 3,8 % оперированных. Летальность составила 10,0 % при общей итоговой клинической эффективности 90,0 %.

Ключевые слова: туберкулез легких, хирургическое лечение.

O.V. Khmel, I.A. Kalabukha

SI «National Institute of Phthiisology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Long-term results of surgical interventions for pulmonary tuberculosis

The results of surgical treatment of patients with pulmonary tuberculosis were evaluated depending on the prevalence of the tuberculosis process and the type of surgical intervention used. According to the results of the questionnaire, 556 people operated on pulmonary tuberculosis in the period from 1 to 9 years ago, the frequency of cases of tuberculosis reactivation, the complicated course of the remote postoperative period, as well as the mortality and case fatality rate outcomes were assessed. It was found that after sublobular resection and lobectomy, treatment failure was noted at 3.2 %, relapse of tuberculosis – 2.2 %, pleural empyema – 1.1 %, bronchial fistula – 0.8 %, cardiovascular insufficiency – in 1.3 % operated. The mortality rate was 3.2 % with a total clinical efficacy of 96.0 %. After combined resection and bylobectomy, treatment failure was noted at 8.9 %, relapse of tuberculosis – 15.0 %, pleural empyema – 12.0 %, bronchial fistulae – 6.3 %, cardiovascular failure – 5.0 % operated. The mortality rate was 12.6 % with a total clinical efficacy of 87.4 %. After pneumonectomy, treatment failure was noted at 5.6 %, relapse of tuberculosis – 5.6 %, pleural empyema – 3.8 %, bronchial fistulae – 3.8 %, cardiovascular failure – 3.8 % operated. The mortality rate was 10.0 % with a total clinical efficacy of 90.0 %.

Key words: pulmonary tuberculosis, surgical treatment.

Контактна інформація:

Хмель Олег Володимирович, к. мед. н., зав. відділення хірургічного лікування туберкульозу та неспецифічних захворювань легень
03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
E-mail: Khmel.Ol@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 29 січня 2018 р.