

**О. В. Хмель, І. А. Калабуха, Є. М. Маєтний, В. Є. Іващенко, Я. М. Волошин, Р. А. Веремєєнко, М. Г. Палівода, М. В. Брянський, В. В. Хмель, А. Є. Олесь, Є. М. Порк, В. А. Кононенко**  
**АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ**  
**ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**

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

При аналізі доступної нам літератури, відзначено великий досвід хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень із оцінкою безпосередніх результатів хірургічного лікування. Щодо віддалених результатів, знайдено окремі повідомлення, які, переважно, містять дані про ефективність лікування за окремими спеціалізованими напрямками. Виходячи з цього, аналіз ефективності хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень у віддаленому післяопераційному періоді є актуальним науковим питанням.

Мета роботи — провести аналіз віддалених результатів хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень в залежності від поширеності туберкульозного процесу та виду застосованого оперативного втручання.

#### **Матеріали і методи**

Проведено аналіз клінічних результатів хірургічного лікування 556 хворих на туберкульоз легень, обстежених у віддаленому післяопераційному періоді. Пацієнти були розподілені на три групи. Окремо оцінювали результати резекції легень в об'ємі до лобектомії включно (370 хворих), понад одну долю (комбіновані резекції й білобектомії, 79 хворих) та пневмонектомії (107 хворих).

Оцінювалися частота випадків реактивації специфічного процесу, ускладненого перебігу віддаленого післяопераційного періоду, а також летальність та причини летальних виходів.

#### **Результати та обговорення**

Сублобарні резекції й лобектомії перенесли 370 (66,5 %) осіб. Аналіз даних засвідчив, що у переважній більшості оперованих — 351 (94,3 %) у віддаленому післяопераційному періоді реактивації процесу не відзначалося. Раннє загострення процесу відзначалося всього у 5 (1,3 %), оперованих, а пізнє у 7 (1,9 %). Ранній і пізній рецидиви спостерігали у 8 (2,2 %) оперованих, рівною мірою після сегментарних резекцій і лобектомій. При цьому реактивація процесу у формі інфільтративного спалаху відзначалася у 7 (1,9 %) спостережуваних, а по типу дисемінації у 10 (2,7 %). Але, у післяопераційному періоді протирецидивна хімотерапія не була проведена у 12,5 % пацієнтів, що, імовірно, і було причиною реактивації специфічного процесу.

Серед бронхолегеневих ускладнень найбільш характерними у віддаленому періоді були емпієми плеври в 4 (1,1 %) випадках, бронхіальні норичі в 3-х (0,8 %) і серцево-судинна недостатність у 5 (1,3 %) оперованих.

У цій групі пацієнтів післяопераційна летальність у віддалений термін склала 3,2 % при загальній клінічній ефективності більше 96,0 %.

Таким чином, операції органозберігаючого характеру й типові лобектомії (з корекцією геміторака, за наявності показань) виявилися достатньо ефективними, коли їх виконували у суворій відповідності з показаннями й з дотриманням всіх оперативно-технічних правил, приведених у відповідному розділі даної роботи.

Більш важку групу представляли хворі з поширеними специфічними процесами, що виходять за межі долі.

Нам вдалося отримати віддалені результати 24 комбінованих резекцій легень, 19 білобектомій і 36 первинних лікувальних торакопластик у термін спостереження від 1 до 6 років.

На відмінну від хворих, які перенесли сублобарні резекції й лобектомії, в даній групі хворих реактивація специфічного процесу відзначена у 17 % оперованих. При цьому загострення констатоване у 8,9 % пацієнтів які перенесли комбіновані резекції й білобектомії, а рецидиви туберкульозних змін відзначені в 15 % випадків. Реактивація у вигляді інфільтративного й деструктивного процесу мала місце відповідно по 6 випадків, а дисемінації виявлені в 9 (11,4 %) спостереженнях.

Пізні бронхо-плевральні ускладнення склали: 10 (12,0 %) емпієми плеври без норичь, 5 (6,3 %) бронхолегеневих норичь з емпіємою плевральної порожнини й прогресування серцево-судинної недостатності, що слугувала причиною летальних виходів, констатованих у 4 (5,0 %) оперованих.

Загальна летальність у віддаленому післяопераційному періоді склала 12,6 % (9 хворих), а загальна клінічна ефективність — 87,4 %. При цьому найбільш низька ефективність відзначена в групі пацієнтів, які перенесли білобектомії — 84,2 %.

Таким чином, існують підстави констатувати, що при поширених деструктивних процесах, супроводжуваних лікарською стійкістю МБТ до протитуберкульозних препаратів та дисемінацією у відділах легеневої паренхіми, яка залишається, колапсхірургічне втручання є засобом вибору.

107 обстеженим, які перенесли різні варіанти органозберігаючих операцій, були виконані планово 23 пневмонектомії й 30 плевропневмонектомій. В 20 випадках втручання виконувалися в екстрених ситуаціях. У 28 хворих була виконана заключна плевропневмонектомія, а в 6 випадках вона доповнювалася коригуючою торакопластикою.

Виявлено, що при наявності старих специфічних і метатуберкульозних змін у легені, що залишилася, реактивація

© Хмель О. В., Калабуха І. А., Маєтний Є. М., Іващенко В. Є., Волошин Я. М., Веремєєнко Р. А., Палівода М. Г., Брянський М. В., Хмель В. В., Олесь А. Є., Порк Є. М., Кононенко В. А., 2019

туберкульозного процесу не спостерігалася в 88,7 % випадків. Разом з тим загострення (6 випадків) і рецидиви (6 випадків) мали місце у рівного числа оперованих. Характер пізніх післяопераційних ускладнень, більшість із яких стало причиною летальних виходів у всіх групах хворих був практично ідентичним: 4 емпієми без нориць, 4 емпієми із бронхіальними норицями й в 4-х випадках прогресування серцево-судинної недостатності.

Загальна летальність склала 10,0 % при клінічній 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 невдача лікування відзначалася у 3,2 %, рецидив туберкульозу —

у 2,2 %, емпієма плеври — у 1,1 %, бронхіальні нориці — 0,8 %, серцево-судинна недостатність — у 1,3 % оперованих. Летальність склала 3,2 % при загальній клінічній ефективності 96,0 %.

Після комбінованих резекцій та білобектомій невдача лікування відзначалася у 8,9 %, рецидив туберкульозу — у 15,0 %, емпієма плеври — у 12,0 %, бронхіальні нориці — у 6,3 %, серцево-судинна недостатність — у 5,0 % оперованих. Летальність склала 12,6 % при загальній клінічній ефективності 87,4 %.

Після пневмонектомій невдача лікування відзначалася у 5,6 %, рецидив туберкульозу — у 5,6 %, емпієма плеври — у 3,8 %, бронхіальні нориці — у 3,8 %, серцево-судинна недостатність — у 3,8 % оперованих. Летальність склала 10,0 % при загальній підсумковій клінічній ефективності 90,0 %.