

да азота в пульмонологии // Укр. пульмон. журнал. – 2002. – № 1. – С. 66-68.

11. Мухарлямов Н.М. Легочное сердце. – М.: Медицина, 1973. – 263с.

12. Мухарлямов Н.М., Саттбеков Ж.С., Сучков В.В. Системная артериальная гипертензия у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких // Кардиология. – 1974. – Т.34, №12. – С.55-61.

13. Невзорова В.А., Гельцер Б.И. Окись азота и геморегуляция легких // Пульмонология. – 1997. – № 2. – С. 80-85.

14. Ольбинская Л.И., Белов А.А., Опаленков Ф.В. Суточный профиль артериального давления при хронических обструктивных заболеваниях легких при сочетании с артериальной гипертензией // Российский кардиол. журнал. – 2000. – №2 (22) – С. 20-25.

15. Особенности легочной микроциркуляции и функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой с системной артериальной гипертензией / Жданов В.Ф., Амосов В.И., Синицина Т.М., Ярцева Е.Э. // Терапевтический архив. – 1991. – Т.63, №10. – С.144-146.

16. Показатели функции эндотелия у больных ХОЗЛ различной степени тяжести. / Ефимов В.В., Блажко В.И., Воейкова Л.С. [и др.] // Укр. пульмон. журнал. – 2005. – № 4. – С. 44-47.

17. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія": Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007 р. – К., 2007. – 146.

18. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Publication Number 2701, Updated 2008 [Электронный ресурс] // GOLD website <http://www.goldcopd.com/>.

19. Rahman I., Mac Nee W. Oxidant – antioxidant imbalance in smokers and COPD // Thorax. – 1996. – Vol. 51. – P. 348-350.

20. Tsoumakidou M, Tzanakis N, Chrysosfakis G, Siafakas NM. Nitrosative stress, heme oxygenase-1 expression and airway inflammation during severe exacerbations of COPD // Chest. – 2005. – Vol. 127. – P. 1911-1918.



УДК 616.24-002.5-089

**І.В. Корпусенко^{*},
П.Є. Бакулін^{**},
Ю.Ф. Савенков^{***}**

ЕФЕКТИВНІСТЬ МОДИФІКОВАНИХ КОЛАПСОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Дніпропетровська державна медична академія^{}
кафедра хірургії № 2*

(зав. – д. мед. н., доц. О.Б. Кутовий)

*ОКЗ «Криворізький протитуберкульозний диспансер № 2»^{**}*

(гол. лікар – Д.В. Севенко)

*ДОККЛПО «Фтизіатрія»^{***}*

(гол. лікар – д. мед. н., проф. Д.Г. Крижанівський)

м. Дніпропетровськ

Ключові слова: фіброзно –
кавернозний туберкульоз,
торакопластика, колапсохірургія

Key words: fibrotic – cavern
pulmonary tuberculosis,
thoracoplasty, surgical collapse

Резюме. Изучены результаты торакопластик у 82 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. 54 больным торакопластика выполнялась по классической методике Graf-Гильмана-Semb. 28 больным выполнялись колапсохирургические вмешательства по собственным методикам, которые применялись дифференцированно, в зависимости от локализации и размеров каверны. Повышение эффективности торакопластики возможно путем дифференцированного использования оптимальных методик в зависимости от локализации и размеров каверны. Доказано увеличение количества больных с закрытием каверны после оперативных вмешательств по разработанным методикам на 37,4 %.

Summary. The results of thoracoplasty in 82 patients with fibrotic – cavern pulmonary tuberculosis were studied. 54 patients underwent thoracoplasty according to classic Graf-Gilman-Semb's method. 28 patients underwent collapse surgical interventions by own outhors' techniques used differentially depending on localization and sizes of the cavern. Increase of thoracoplasty efficiency may be achieved by means of differential usage of optimal procedures depending on localization and sizes of the cavern. It was proved that number of patients with closure of the cavern after surgical interventions performed by developed procedures increased by 37,4 %.

Сучасний туберкульоз легень характеризується зростанням розповсюджених, поліхіміо-резистентних форм, множинних деструкцій, прогресуючим перебігом [1,4]. Успіхи протокового та стандартизованого лікування хворих з вперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) не перевищують 70-80 %, а серед хворих на хронічний туберкульоз (ХТБ) – 10-15% [3,4]. У таких умовах вирішити проблему лікування хворих, особливо з категорією розповсюдженого туберкульозу (РТБ, ХТБ), тільки за допомогою однієї резекційної хірургії неможливо. В останній час зростає роль та значення колапсохірургічних методів закриття порожнин деструкції в легені [1,2,4]. Визначення місця колапсохірургії в комплексному лікуванні хворих сучасним туберкульозом є актуальною проблемою.

Метою нашого дослідження було підвищення ефективності колапсохірургічних втручань на основі розроблених нових оперативно-технічних методик та диференційованих показань до їх застосування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для визначення основних недоліків класичної методики верхнь-задньої паравертебральної торакопластики Graf-Гільмана-Semb нами проведений ретроспективний аналіз 54 історій хвороб хворих, яким застосували лікувальну торакопластику. Чоловіків було 43, жінок – 11. За віком хворі розподілялися таким чином : до 20 років – 2 хворих, від 21 до 40 років – 37 чоловік, 40 – 60 років – 15. Апикально – задня локалізація каверни визначалась у 32 хворих, переднє – медіастинальна – у 4, нижньочасткова – у 4 хворих. У 14 хворих спостерігалась *sacum magnum*. Монорезистентність МБТ визначена у 8 випадках, поліхіміорезистентність – у 16, мультирезистентність – у 6, та поширена резистентність відмічена у 24 хворих. Об'єм виконаної торакопластики з резекцією менш 5 ребер відмічений у 5 хворих, 5 ребер – 16, 6 ребер – 6, 7 ребер – 27.

Основну групу склали 28 хворих, які оперовані із застосуванням власних модифікацій екстраплевральної торакопластики та локального екстраплеврального пневмолізу. З апикально – задньою локалізацією каверни в основній групі було 10 хворих, з гігантською каверною - 5 хворих, з передньо – медіальною локалізацією - 5 хворих, 4 – з нижньочастковою та 4 хворих – з двобічним фіброзно – кавернозним туберкульозом.

У хворих з апикальною локалізацією фіброзної каверни застосовувалась розроблена нами

методика (патент № 42180), основними моментами котрої була фіксація мобілізованої верхівки легені двома півкісетними швами до 6 міжребер'я та щільне заповнення екстраплевральної підлопаткової порожнини колагеном.

У хворих із гігантськими кавернами після мобілізації верхівки легені та її декостації - виконувалась оклюзія з перетином часткового або сегментарного бронха і введення в каверну мікродренажу для введення протитуберкульозних препаратів (патент № 39298).

У хворих із передньою та передньо – медіальною локалізацією каверни виконувалась верхньо-задня торакопластика з повним (від грудини до поперекових відростків) видаленням перших трьох ребер, апіколізом та колагенопластикою.

У хворих із нижньочастковою (С₆) локалізацією каверни ми виконували за розробленою нами методикою екстраплевральний пневмоліз з резекцією трьох ребер в зоні каверни, зі створенням м'язового бандажу над каверною та заповненням утвореного простору колагеном.

У хворих із двобічним фіброзно – кавернозним туберкульозом легень з апікальною локалізацією каверн нами застосовувалась методика етапного колапсохірургічного лікування. З боку більшого ураження виконувалась 5 реберна торакопластика, а через 3-4 місяці з контрлатерального боку локальний екстраплевральний пневмоліз за розробленою методикою.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Показання до застосування лікувальної торакопластики в групах хворих, що досліджувались, було класичним та єдиним: односторонній фіброзно – кавернозний туберкульоз легень в стадії стабілізації, з каверною в верхній частці або С₆ при помірній вогнищевій дисемінації.

За нашими даними, верхньо – задня паравертебральна 7 реберна торакопластика, що виконана без урахування розмірів та локалізації каверни, клінічної форми туберкульозу, призвела до недостатнього колапсу верхівки легені, на 37,5 % зменшувала ЖЕЛ на стороні операції, у всіх хворих супроводжувалась вираженим косметичним дефектом. Клінічна ефективність (закриття каверни, абацилювання) через 12 місяців після операції відмічена у 44,4 % хворих. Через 12 місяців у 13,1 % відмічено загострення специфічного процесу з летальністю від прогресування туберкульозу.

У хворих з апікальною локалізацією фіброзної каверни після оперативного втручання за розробленою нами методикою (патент № 42180) при цитоморфологічному дослідженні біопсій-

ного матеріалу, що був взятий з колабованих ділянок легені, встановлено, що формування пневмофіброзу настає на 1,5 – 2 місяці раніше,

ніж у хворих із заповненням підлопаткової порожнини власним екстравазатом.



Рис. 1. Рентгенограма П. до операції - екстраплевральної колагенопластики (патент № 42180)

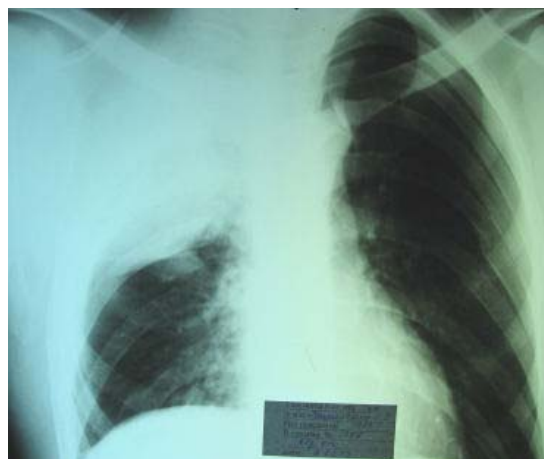


Рис. 2. Рентгенограма П. через 1 міс. після операції

Результати лікування в групах хворих надані в таблиці 1.

Таблиця 1

Ефективність лікувальної торакопластики через 6 місяців після операції

Показники	Групи хворих, %	
	основна (n = 28)	порівняння (n = 54)
Абацилювання		
Закриття каверни	81,8	44,4
Поліпшення, стабілізація процесу	12	14,8
Баціальна мокрота	4,2	27,7
Деформована каверна		
Прогресування тубпроцесу, летальність	2	13,1

ВИСНОВКИ

1. Підвищення ефективності лікувальної торакопластики можливо досягати не за рахунок розширення її «по вертикалі та горизонталі», а шляхом диференційованого застосування оптимальних методик у залежності від локалізації та розмірів каверни.

2. Застосування розроблених методик хірургічного колапсу легені дозволило збільшити кількість хворих із закриттям каверни на 37,4%.

3. Враховуючи отримані результати, слід віддавати перевагу в хірургії туберкульозу легень, більш широко застосовувати колапсо-хірургічні втручання з плевроколагенопластикою.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андренко А. А., Омельчук Д. Е. Остеопластическая торакопластика с одномоментной резекцией легкого в хирургии распространенного деструктивного туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2003. - № 2. - С. 39-40.
2. Богуш Л.К. Хирургическое лечение туберкулеза легких. - М.: Медицина, 1979. - 292 с.
3. Дужий І.Д. Екстраплевральна торакопластика та її місце в умовах епідемії туберкульозу // Клінічна хірургія. - 2003. - № 8. - С. 38-40.

4. Коллапсoхирургические операции у больных лекарственно – устойчивым туберкулезом легких / Радионов Б.В., Калабуха И.А., Хмель О.В., Савенков Ю.Ф. // Материалы 8 – го Российского съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 488.
5. Наумов В. Н., Шайхаев А. Я., Тестов В. В. Торакомиопластические операции в хирургии туберкулеза легких // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1991. – № 7. – С. 46-48.
6. Николаев И.С. Роль и эффективность торакопластики в комплексной терапии туберкулеза

легких // Проблемы туберкулеза. – 1976. – № 4. – С. 17-20.

7. Торакопластика / Радіонов Б.В., Савенков Ю.Ф., Дужий І.Д. [та ін.]. – Дніпропетровськ.: Дніпро-ВАЛ, 2007. – 181 с.

8. Репин Ю.М. Лекарственно – устойчивый ту-

беркулез легких: хирургическое лечение. – СПб.: Гиппократ, 2007. – 168 с.

9. Фещенко Ю.І. Стан надання фтизіатричної допомоги населенню України //Матеріали IV з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України : тез. доп. – К., 2008. – С. 7-9.



УДК 616-001.17-098

О.Ю. Сорокіна

ОРГАНОПРОТЕКТИВНА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ ІЗ ТЯЖКОЮ ТЕРМІЧНОЮ ТРАВМОЮ

Дніпропетровська державна медична академія

кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО

(зав. – д. мед. н., проф. О.М. Клизуненко)

Ключові слова: опіки, опіковий шок, опікова токсемія, опіковий сепсис, нутритивна підтримка

Key words: burns, burn shock, burn toxemia, burn sepsis, nutrition

Резюме. Обследовано 115 больных с тяжелой ожоговой травмой. Обследованы пациенты с площадью ожога от 25% до 70% общей поверхности тела (площадь глубокого ожога от 1 до 40%). Разработан и внедрен алгоритм нутритивной поддержки у больных с критическими ожогами. Выбор тактики нутритивной поддержки у больных с ожогами определялся тяжестью течения ожоговой болезни, возможностями естественного перорального питания, состоянием желудочно-кишечного тракта.

Summary. 115 patients with severe burn injury were examined. The total body surface areas (TBSA) of the burn injury in these patients were from 25 to 70 %. TBSA of deep burns were from 1 to 40%. Optimal nutrition algorithm for critically ill patients with severe burn injury was defined. The optimal nutrition therapy was defined by the severity of the thermal disease, possibility of oral nutrition and the status of gastrointestinal tract.

При термічній травмі з загальною площею опіку понад 10% поверхні тіла у дорослих, 5-7% – у дітей і людей літнього віку розвивається опіковий шок із подальшим перебігом опікової хвороби, яка характеризується комплексом патологічних змін, що виникають в організмі у відповідь на дію термічного агента. У патогенезі гострого періоду опікової хвороби провідне місце належить системним розладам. В основі переходу від дисфункції до функціональної недостатності, а потім і до неспроможності всіх органів і систем лежить виснаження енергетичних процесів в організмі обпаленого.

У пацієнтів із тяжкими опіками гострий період опікової хвороби являє собою складне завдання для метаболічної і нутриційної терапії, яка триває до повного відновлення шкіри і приживання трансплантантів [6, 12]. Синдром гіперметаболізму-гіперкатаболізму при опіках харак-

теризується дисрегуляторними змінами з різким збільшенням потреби в енергії і пластичному матеріалі, з одного боку, і – з іншого боку, паралельним розвитком патологічної толерантності тканин організму до «звичайних» нутрієнтів [10]. У генезі післяопікової гіперглікемії велику роль відіграє продукція АКТГ, кортизолу та інших катаболічних гормонів [2].

Простою та ефективною стратегією анаболізму для пацієнтів із тяжкими опіками є вирізання некротичних тканин, профілактика і лікування сепсису, живлення високопротеїновими продуктами. Усім пацієнтам із термічною травмою ще в шоківому періоді разом із загальноприйнятими заходами інтенсивної терапії рекомендовано активно проводити ранню ентérale підтримку [5]. Правильна організація її є основним чинником успішного харчування пацієнтів у критичному стані, тому істотну