

8. Nuller YuL, Tsirkin SYu. Editors. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-peresmotr): klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike. 2nd ed. Kiev: Sfera; 2005. Ukraine.

9. Coons S, Rao S, Keininger D, Hays RA. Comparative review of generic quality-of-life instruments. Pharmacoeconomics. 2000;17:1:13-35.

10. Westphal-Guitti AC, Alonso NB, Migliorini RC, da Silva TI, Azevedo AM, Caboclo LO, Sakamoto AC, Yacubian EM. Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy. 2007;39(6):354-60.

11. Pais-Ribeiro J, da Silva AM, Meneses RF, Falco C. Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. Epilepsy Behav. 2007;11 (1):33-38.

12. Sullivan MD. DSM-IV Pain Disorder: a case against the diagnosis. International Review of Psychiatry. 2000;12:91-99.

13. Thase ME. New directions in the treatment of atypical depression. J Clin Psychiatr 2006;67(12):1833-6.

14. Verma S. Evaluating and treating comorbid pain and depression. International Review of Psychiatry. 2000;12(2):103-5.

15. Weinstock LM, Munroe MK, Miller IW. Behavioral activation for the treatment of atypical depression: a pilot open trial. Behav Modif. 2011;35(4):403-24.

16. Wittchen HU. Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorder (MAD): clinical curiosity or pathophysiological need? 2011;16:21-30.

Стаття надійшла до редакції  
13.11.2014



УДК 616.24-002.5+616.25-002.3-089.81

**І.В. Корпусенко**

## **МІНІ-ІНВАЗИВНА ЕТАПНА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДВОБІЧНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, УСКЛАДНЕНИЙ ЕМПІЄМОЮ ПЛЕВРИ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра хірургії № 2*

*(зав.- д. мед. н., проф. О.Б. Кутувий)*

*вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 49044, Україна*

*SE "Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine"*

*Department of Surgery N 2*

*Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine*

*e-mail: korpus\_i@hotmail.com*

**Ключові слова:** двобічний туберкульоз легень, відеоасистована торакопластика, міні-доступ

**Key words:** bilateral pulmonary tuberculosis, pleural empyema, video-assisted thoracoscopy

**Реферат.** Мини-инвазивная этапная хирургическая тактика лечения больных с двусторонним туберкулезом легких, осложненным эмпиемой плевры. Корпусенко И.В. Цель работы – повышение эффективности хирургического лечения двустороннего деструктивного туберкулеза легких, осложненного эмпиемой плевры, путем использования VTS – технологий. В торакальном отделении Днепропетровского областного коммунального клинического лечебно-профилактического объединения "Фтизиатрия" в период с 2008 по 2013 годы проведен ретроспективный анализ 43 историй болезни больных с двусторонним деструктивным туберкулезом легких, осложненным эмпиемой плевры с одной стороны и наличием в контрлатеральном легком очаговой диссеминации или ограниченного деструктивного процесса. Больные были разделены на 2 подгруппы: основную (18 больных, которым была выполнена трансстеральная окклюзия главного бронха, проводились видеоторакоскопические санации полости эмпиемы, через 30-45 дней выполнялась плевротомия с использованием мини-торакоми) и подгруппу сравнения (19 больных, которым было проведено дренирование полости эмпиемы, санация, в последующем через 45-60 дней выполнялась

плевропневмонектомия из переднебокового доступа). Распределение контингента больных основной и группы сравнения по большинству показателей были репрезентативны. Видеоторакоскопическая санация плевральной полости в сравнении с дренированием по Бюлау позволяет достичь лучшего антибактериального эффекта, обеспечивает эффективную санацию плевральной полости, о чем свидетельствует значительное снижение количества микробных тел, нормализация на 10-е сутки с момента начала санации количества лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофильных гранулоцитов в периферической крови, лейкоцитарный индекс интоксикации. Использование мини-инвазивной этапной хирургической тактики лечения позволило сократить интраоперационные осложнения в 2 раза, снизить объем интраоперационной кровопотери и гемотрансфузий в 1,5 раза, послеоперационную летальность в 2,5 раза. Применение видеоторакоскопической санации плевральной полости и этапной пневмонектомии позволяет снизить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений за счет выполнения основного этапа оперативного лечения в условиях стабилизации легочного процесса и санированной эмпиемы. Наиболее перспективной является этапная хирургическая тактика с использованием предварительной трансстернальной окклюзии главного бронха и ветви легочной артерии с видеоторакоскопической санацией полости эмпиемы.

**Abstract. Minimally invasive surgical treatment of patients with bilateral pulmonary tuberculosis complicated with pleural empyema. Korpusenko I.V.** Objective of our study was to increase the effectiveness of surgical treatment of bilateral destructive pulmonary tuberculosis complicated by pleural empyema by using VTS-technologies. The study was done in Dnepropetrovsk regional clinical therapeutic and prophylactic association "Phthisiology" in the period from 2008 to 2013. A retrospective analysis of 43 cases of bilateral destructive pulmonary tuberculosis complicated by pleural empyema on one side and dissemination focus or limited destructive process on contralateral side has been performed. Selected cases were divided into 2 groups: main (eighteen cases where the following procedures were done: performed transsternal occlusion of the main bronchus, sanation of empyema cavity using videothoracoscopy, in 30-45 days followed by pleuropneumectomy with usage of minithoracotomy) and control (nineteen cases who had undergone drainage of the empyema cavity, sanation, in 45-60 days followed by pleuropneumectomy with usage of anterolateral access). The distribution of main and control groups for analyzed parameters was representative. Sanation of pleural cavity with videothoracoscopy usage compared with Bulau's drainage provides better antibacterial effect, effective sanitation of the pleural cavity as evidenced by following changes: significant decrease in the number of microbial cells; normalization of total white blood cells count and rod-shaped granulocytes in the peripheral blood 10 days after treatment; normalization of leukocyte intoxication index. The use of minimally invasive surgical treatment allowed to reduce intraoperative complications by 2 times, amount of intraoperative blood loss and hemotransfusions by 1.5 times, postoperative mortality by 2.5 times. Pleural cavity sanation with videothoracoscopy usage with following pneumoectomy leads to reduce in the incidence and severity of postoperative complications. The most promising is stage-by-stage surgical approach with consecutive use of previous transsternal occlusion of the main bronchus and pulmonary artery branch with videothoracoscopy sanation of empyema cavity.

Епідеміологічна ситуація по туберкульозу в Україні залишається складною. У 2013 році захворюваність на всі форми активного туберкульозу становила 60,9 на 100 тис. населення, з деструктивними формами – 25,4 на 100 тис. населення, з бактеріовиділенням – 33,8 на 100 тис. населення, смертність від туберкульозу – 14,1 на 100 тис. населення [1, 10]. Серед нових випадків туберкульозу легень з позитивним мазком за 2012 рік ефективно лікування спостерігалось у 54,6% хворих, а серед хворих з рецидивами туберкульозу – лише у 37,7% випадків [8]. Серед хворих на мультирезистентний туберкульоз виліковування досягається лише у 26,7%-38,1% [4, 5]. Незважаючи на те, що хірургічний метод лікування у хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз дозволяє досягати ефекту у 80-90% випадків [6, 11, 12, 13], частота його використання залишається вкрай низькою [7, 9]. Однією з причин відмови від оперативного лікування є розповсюджений двобічний характер ураження легень та функціональна непереносимість

оперативних втручань зі стандартних торакотомних доступів [9], що характеризуються високою травматичністю [2, 3].

Метою нашого дослідження є підвищення ефективності хірургічного лікування двобічного деструктивного туберкульозу легень, ускладненого емпіємою плеври, шляхом використанням VTS – технологій.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження виконано в легенево-хірургічному відділенні Дніпропетровського обласного комунального клінічного лікувально-профілактичного об'єднання «Фтизіатрія» в період 2008-2013 роки. Проведений ретроспективний аналіз 43 історій хвороб хворих, у яких туберкульозний процес характеризувався повною руйнацією однієї з легень у поєднанні з емпіємою плеври за наявності у протилежній легені або вогнищевої дисемінації, або обмеженого деструктивного процесу.

Усі хворі були розподілені на 2 репрезентативні за більшістю показників клінічні підгрупи:

основна – 18 хворих, у яких застосовувалася тактика етапних міні-інвазивних операцій, та підгрупа порівняння – 19 хворих, у яких виконувалася одномоментна плевропневмонектомія. Серед хворих основної підгрупи було 16 (88,9%) чоловіків та 2 (11,1%) жінки. Вік хворих коливався у межах від 21 до 40 років. У всіх хворих на боці основного ураження мав місце прогресуючий фіброзно-кавернозний туберкульоз, який ускладнювався піопневмотораксом з трансформацією у хронічну емпієму плеври. У 100% хворих спостерігалась вогнищева дисемінація у легенях і на цьому тлі у 12 (66,7%) хворих мали місце деструктивні зміни у верхній частці, у 6 (33,3%) – у верхній частці та S<sub>6</sub>. Більшість – 17 (94,6%) хворих – були масивними бактеріовиділювачами. У більшості хворих туберкульозна емпієма плеври ускладнилася приєднанням неспецифічної мікрофлори, при цьому переважали мікробні асоціації. У 3 (16,7%) хворих в контрлатеральній легені мав місце обмежений деструктивний процес у межах першого-другого сегментів у вигляді стабільної каверни до 2 см в діаметрі; у 13 (72,2%) хворих у верхній частці протилежної основному процесу легені було обмежене скупчення казеозно-некротичних вогнищ; у 2 (11,1%) пацієнтів був вогнищевий туберкульоз легені з ознаками перифокальної інфільтрації, наявність свіжих вогнищ з груповим розташуванням.

Основні напрямки комплексного лікування хворих обох підгруп з гострою перфоративною емпіємою плеври включали: санацію гнійного вогнища, ліквідацію запалення плевральної порожнини, парентеральну антибіотикотерапію з урахуванням чутливості мікрофлори з внутріш-

ньовенним введенням препаратів та адекватну місцеву антибактеріальну терапію.

Як антисептик застосовували 0,05% розчин хлоргексидину, 0,1% розчин калію перманганату та 5% розчин димексиду з введенням в плевральну порожнину стрептоміцину (1,0г), ізоніазиду (0,5г), рифампіцину (0,45г).

Міні-інвазивна етапна хірургічна тактика лікування хворих на двобічний деструктивний туберкульоз, ускладнений емпіємою плеври, складалася з двох етапів. На першому у хворих основної підгрупи виконувалася трансстернальна оклюзія головного бронху. У всіх оперованих хворих було виконано часткову повздовжньо-поперечну стернотомію з перетином хряща між рукояткою та тілом грудини. Після розведення фрагментів грудини розтинався передньо-верхній заворот перикарда у серединному аорто-кавальному проміжку (рис. 1) Для доступу до правого головного бронху у 13 (72,2%) хворих відокремлювалася, перев'язувалася та перетиналася права гілка легеневої артерії. При підході до лівого головного бронху у просторі Абруціні права гілка легеневої артерії мобілізувалася та зміщувалася донизу. За допомогою дисектора відокремлювався початковий відділ головного бронху, прошивався апаратом УБ – 25 або TLN – 30 та перетинався. Периферична частина кукси бронху після діатермічної обробки слизової оболонки вшивалася вручну. Лінія шва центральної кукси бронху вкривалася аорто-перикардіальною зв'язкою або пластинами тахокомбу. Переднє середостіння дренивалося та стернотомна рана пошарово вшивалася за Шу-махером-Зауербрухом.

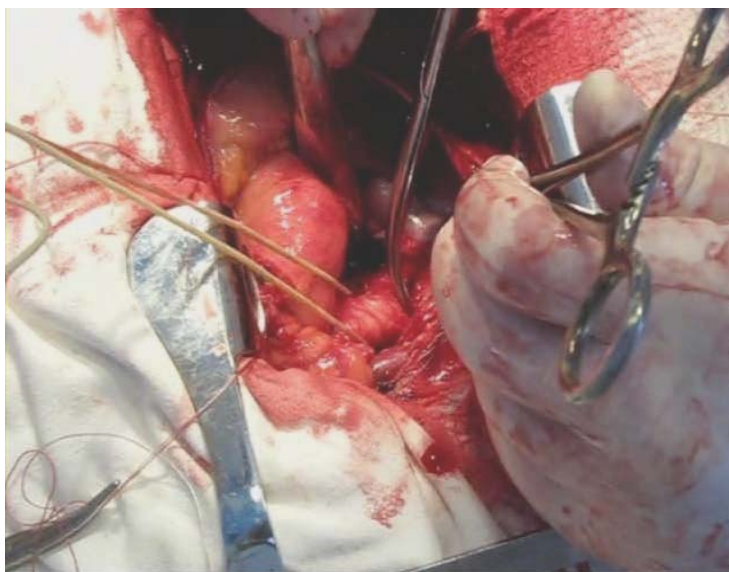


Рис. 1. Трансстернальне виділення правого головного бронху в аорто-кавальному проміжку

Після завершення трансстернальної реампутації головного бронху хворому виконували відеоторакоскопію. Точку для введення 10 мм торакопорту й відеосистеми вибирали з урахуванням даних рентгенографії. Два додаткових 5 мм торакопорти вводили під візуальним контролем. При наявності рідкого гною видаляли його за допомогою аспіраційної системи, санували плевральну порожнину, видаляли некротичні тканини та фібрин ендоскопічним затискачем та ножицями, промивали її 10% розчином димексиду з гатифлоксацином та вводили 1,0 г стрептоміцину, 0,5 г ізоніазиду, 0,45 г рифампіцину.

Для виконання наступних санацій плевральної порожнини застосовували гнучкі пластикові торакопорти Linder (рис. 2). Через торакопорти 5

мм проводили дренажні трубки, з'єднуючи їх з апаратом ОП -1. У післяопераційному періоді проводили торакокопічні санації порожнини емпієми через 20-48 годин. Через залишений у плевральній порожнині пластиковий 10 мм торакопорт вводили відеосистему, через 5 мм торакопорти – ендоскопічні інструменти для маніпуляцій. Оцінювали стан плевральної порожнини візуально, брали матеріал для посіву, видаляли рідкий вміст, некротичні тканини, фібрин, промивали розчинами антисептиків та антибіотиків. Через 24 години після торакокопічної санації виконували фракційний лаваж розчином первомуру (700-800 мл). Потім у плевральну порожнину вводили 1,0г стрептоміцину, 0,5 г ізоніазиду, 0,45 г рифампіцину.



**Рис. 2. VTS-санація емпіємної порожнини**

Наступні санаційні торакокопії здійснювали з інтервалом 48 годин за наведеною методикою. Порожнину емпієми вважали санованою за відсутністю рідкого вмісту, фібрину, наявності грануляцій, відсутності позитивних посівів на мікрофлору. У середньому санація порожнини емпієми здійснювалася протягом 30-45 діб. Після цього виконувалася плевропневмонектомія з передньобічної міні-торакотомії. При цьому технічна обробка елементів кореня легені значно спрощувалася та полягала у перев'язці легеневих вен та перетині рубцьових тканин на рівні міжжуксового проміжку. Превентивна оклюзія гілки легеневої артерії зменшувала гнійно-резорбтивну лихоманку та ліквідувала артеріовенний шунт.

Хірургічна тактика лікування хворих підгрупи порівняння полягала у дрениванні плевральної порожнини за Бюлау, її санації розчинами антисептиків та антибіотиків протягом 45-60 діб і після цього виконання плевропневмонектомії з передньобічної торакотомії.

Оцінку ефективності передопераційної санації порожнини емпієми за допомогою різних методик проводили шляхом визначення кількості мікробних тіл у гнійному вмісті плевральної порожнини на 5 та 10-ту добу від початку лікування. Проводився порівняльний аналіз показників периферичної крові. Порівняльний аналіз ефективності оперативних втручань проводився за такими критеріями: інтраопераційна кровотрата, наявність інтра- та післяопераційних

ускладнень, післяопераційна летальність, наявність бронхоплевральної норичі, обсяг гемотрансфузій.

Результати піддані статистичному опрацюванню із застосуванням традиційних методів параметричної варіаційної статистики.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При порівняльному аналізі динаміки змін у периферійній крові (табл. 1) встановлено, що найбільш значне зниження кількості лейкоцитів спостерігали у хворих основної підгрупи.

Особливо показовою була регресія кількості лейкоцитів у периферійній крові на 10 добу від початку санації плевральної порожнини. У цій підгрупі кількість лейкоцитів на 10 добу зменшилася на 41,2% і становила в середньому  $5,9 \pm 1,2 \times 10^9$ /л, тобто перебувала в межах норми ( $p < 0,05$ ). У підгрупі порівняння, де використовували дренажування плевральної порожнини за Бюлау, кількість лейкоцитів у периферійній крові зменшилася лише на 8,4% і становила в середньому  $9,8 \pm 1,4 \times 10^9$ /л ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 1

### Порівняльна характеристика показників передопераційної підготовки у хворих на двобічний туберкульоз легень, ускладнений емпіємою плеври (M±m)

Критерій порівняння	VTS – санація (n=18)	Дренаж по Бюлау (n=19)
Тривалість підготовки (діб)	27,6±3,4	76,8±14,2
Кількість лейкоцитів у периферичній крові ( $10^9$ /л) на 10 добу	5,9±1,2	9,8±1,4
Кількість паличкоядерних нейтрофільних лейкоцитів (%)	4,3±0,8	6,2±1,1
Рівень ЛПІ на 10 добу (у.о.)	2,2±0,4	3,1±0,6
Кількість мікробних тіл у гнійному місці на 10 добу	$1,2 \times 10^2$	$4 \times 10^2$

Зміна кількості паличкоядерних нейтрофільних лейкоцитів у периферійній крові відповідала динаміці кількості лейкоцитів. У перші 10 діб від початку санації у хворих основної підгрупи кількість паличкоядерних лейкоцитів зменшилася на 50,4%, а в підгрупі порівняння – на 31,6% ( $p < 0,05$ ).

Аналіз змін кількості лейкоцитів та паличкоядерних нейтрофільних гранулоцитів у периферійній крові хворих, яким застосовували торакоскопічну санацію плевральної порожнини, показав, що вже на 10 добу від початку лікування кількість лейкоцитів та паличкоядерних гранулоцитів поверталася до норми, в той же час у підгрупі порівняння вона перевищувала норму на 62,1-70,3%.

При проведенні розрахунків лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛПІ) при застосуванні різних методик підготовки плевральної порожнини було встановлено, що у хворих основної підгрупи ЛПІ перевищував показники норми на 86,7% (норма – 0,3-1,5 у.о.). ЛПІ в основній підгрупі хворих коливався в межах від 2,2 до 9,54 у.о. і становив у середньому  $4,23 \pm 0,8$  у.о. У підгрупі порівняння цей показник у 92,8% хворих перевищував верхню межу норми та становив у середньому  $4,1 \pm 0,3$  у.о.

Найбільш вагоме зниження ЛПІ відзначено у хворих основної підгрупи на 10 добу від початку лікування. Рівень ЛПІ у цих хворих знизився на 47,4% і становив у середньому  $2,2 \pm 0,4$  у.о. ( $p < 0,05$ ). У хворих підгрупи порівняння на 10 добу ЛПІ зменшився на 28% і становив у середньому  $3,1 \pm 0,6$  у.о. ( $p < 0,05$ ).

При дослідженні кількості мікробних тіл у гнійному вмісті плевральної порожнини в процесі лікування встановлено, що при застосуванні торакоскопічної санації концентрація мікробних тіл на 5-ту добу значно зменшувалась. Спостерігалось зниження концентрації з  $5 \times 10^5$  –  $5 \times 10^6$  до  $5 \times 10^2$  мікробних тіл в  $1 \text{ см}^3$ . На 10 добу від початку лікування концентрація становила  $1200$  мікробних тіл в  $1 \text{ см}^3$ . У підгрупі хворих, яким застосовували дренажування плевральної порожнини за Бюлау, зниження концентрації мікробних тіл на 5-ту добу від початку лікування було меншим. Відзначалося зниження концентрації з  $5 \times 10^5$  –  $5 \times 10^6$  до  $5 \times 10^3$  мікробних тіл в  $1 \text{ см}^3$ . На 10-ту добу від початку лікування концентрація мікробних тіл становила  $4 \times 10^2$  в  $1 \text{ см}^3$ . Застосування торакоскопічної санації порівняно з дренажуванням плевральної порожнини по Бюлау дозволяє досягнути найкращого антибактеріального ефекту, забезпечує ефективну санацію

плевральної порожнини, про що свідчить нормалізація кількості лейкоцитів та паличко-ядерних нейтрофільних гранулоцитів у периферійній крові вже на 10-ту добу від початку лікування. У цих хворих рівень ЛПІ повертався до норми вже на 10-12-ту добу, що вказує на ліквідацію запального процесу. У хворих підгрупи порівняння ЛПІ перевищував верхню межу норми і на 10-20-ту добу, що свідчить про недостатньо ефективну санацію гнійного вогнища.

Аналізуючи результати плевропневмонектомії у хворих після трансстернальної оклюзії головного бронху і торакоскопічної санації плевральної порожнини (основна група) та у хворих

після дренивання за Бюлау (група порівняння), було встановлено таке (табл. 2): інтраопераційні ускладнення в цілому в основній підгрупі зустрічалися у 2 рази рідше ( $16,6 \pm 1,2\%$  та  $36,6 \pm 1,6\%$  відповідно). Слід зазначити, що інтраопераційні надриви легені при плевропневмонектомії, що виконувалася з міжреберного доступу, зустрічалися в 10% і призводили до посилення крововтрати, яка в підгрупі порівняння становила  $1785 \pm 127,9$  мл, а в основній підгрупі –  $1112 \pm 61,7$  мл. Значна різниця в кількості крові, що втрачена під час операції, пояснюється різною кількістю крові, що поступала в плевральну порожнину з розривів легені під час її виділення.

Таблиця 2

**Ефективність результатів плевропневмонектомії у хворих після трансстернальної оклюзії головного бронху і торакоскопічної санації плевральної порожнини та у хворих після тільки дренивання за Бюлау, (M±m)**

Показники	VTS – санація (n=18)	Дренаж за Бюлау (n=19)
Інтраопераційна крововтрата (мл)	1112,8± 61,7	1785± 127,9
Інтраопераційні ускладнення (%)	16,6± 1,2	36,6± 1,2
Об'єм донорської гемотрансфузії (мл)	617± 45,3	1072± 83,1
Післяопераційні ускладнення (%)	33,0± 2,6	57,0± 3,4
Емпієма плеври з бронхіальною норницею (%)	5,6± 2,6	13,5± 1,4
Внутрішньоплевральна кровотеча (%)	1,1± 0,7	8,5± 1,2
Летальність	1,3± 1,8	12,9± 2,3

Привертає увагу статистично значуще зниження об'єму донорських гемотрансфузій у післяопераційному періоді при проведенні операцій у хворих основної підгрупи в 1,5 рази ( $p < 0,05$ ). При вивченні в порівняльному аспекті частоти й характеру післяопераційних ускладнень привертає увагу статистично значуща різниця в кількості випадків внутрішньоплевральної кровотечі в підгрупі порівняння –  $8,5 \pm 1,2\%$  та в основній підгрупі  $1,1 \pm 0,7\%$ , що зумовлено кровотечею не тільки із судин грудної стінки, але й з легеневої паренхіми.

Емпієма плеври з бронхіальною норницею вірогідно рідше (у 2,4 разу, ( $p < 0,05$ )) зустрічається у хворих, які перенесли плевропневмонектомію після трансстернальної оклюзії Дренаж за Бюлау (n=19) головного бронху та торакоскопічної санації плевральної порожнини, що пояснюється можливістю створення сприятливих умов для загоєння кукси бронху в умовах неінфікованої клітковини межистіння. Зниження показника післяопераційної летальності в 2,5

рази ( $p < 0,05$ ) залежить, у першу чергу, від зменшення крововтрати під час операції.

**ПІДСУМОК**

Застосування відеоторакоскопічної санації плевральної порожнини та етапної пневмонектомії при поєднаному плевро-легеневому ураженні дозволяє зменшити частоту та тяжкість післяопераційних (у першу чергу інфекційних плевро-легеневих ускладнень), дає кращі можливості для корекції порушень, що виникають, завдяки виконанню основного етапу операції – пневмонектомії в більш сприятливих умовах, відносно стабілізації легеневого процесу та санованої порожнини емпієми. Гострота патологічного процесу та його розповсюдженість не дозволяє розраховувати на успіх лікування традиційними методами. Дренивання плевральної порожнини призводить до розвитку флегмони грудної стінки, не запобігає аспіраційному синдрому, а плевропневмонектомія, як правило, ускладнюється розвитком тяжких гнійно-



септичних ускладнень. Найбільш перспективною є етапна хірургічна тактика з використанням попередньої трансстернальної оклюзії головного бронху та відповідної гілки легеневої артерії з відеоторакокопічною санацією порожнини емпієми. Дренування та постійна аспірація як самостійний метод лікування хворих на тяжкі форми деструктивного туберкульозу, усклад-

неного перфоративною емпіємою плеври, дозволяє досягнути лише відносного поліпшення, але не запобігає розвитку торакальних норичь, дефектів грудної стінки з остеомієлітом ребер, флегмони грудної стінки. Дренування або полідренування порожнини туберкульозної емпієми не забезпечує повної евакуації вмісту та її адекватної санації.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабіч М.І. Роль відео торакокопії в комплексному лікуванні хворих на туберкульозний плеврит / М.І. Бабіч, В.П. Тимошенко, М.В. Цапів // Укр. пульмонол. журнал. – 2014. – № 1. – С. 33.
2. Видеотехника в физиохирургии / О.Н. Отс, Г.И. Семенов, А.Н. Латышев, М.И. Перельман // Проблемы туберкулеза.- 2006. - № 5.- С. 9-13.
3. Гиллер Д.Б. Миниинвазивные доступы с использованием видеоскопической техники в торакальной хирургии / Д.Б. Гиллер // Хирургия. – 2009. – №8. – С. 21-28.
4. Кужко М.М. Хіміорезистентний туберкульоз: перспективи попередження та лікування / М.М. Кужко, Н.М. Гульчук, М.І. Линник // Укр. пульмонол. журнал. – 2014. – № 3. – С. 12-16.
5. Паліативна хірургія в лікуванні хіміорезистентного деструктивного туберкульозу легень / М.В. Секела, О.А. Невзгода, В.В. Томашевський, Ю.В. Мотрук // Укр. пульмонол. журнал. – 2014. – № 1. – С. 63.
6. Перельман М.И. Лечение лекарственно-резистентного туберкулеза / М.И. Перельман, Г.Б. Соколова, С.Е. Борисов // Антибиотики и химиотерапия.- 2003.- № 8.- С. 28-96.
7. Результати хірургічного лікування хворих на мультирезистентний деструктивний туберкульоз легень / М.С. Опанасенко, М.Г. Палівода, О.В. Тереш-

- кович, М.І. Калениченко [та ін.] // Укр. пульмонол. журнал. – 2007. – № 3. – С. 59-63.
8. Сабиров Ш.Ю. Результаты хирургического лечения туберкулеза легких и плевры / Ш.Ю. Сабиров, Э.Д. Джурев, Ш.А. Рахманов // Укр. пульмонол. журнал. – 2013. – № 3. – С. 67.
9. Савенков Ю.Ф. Оптимизация хирургического лечения больных с лекарственноустойчивым туберкулезом легких / Ю.Ф. Савенков // Укр. пульмонол. журнал. – 2005. – № 3. – С. 40-43.
10. Частота офлоксацин – та аміноглікозид – резистентних штамів МБТ у хворих на мультирезистентний туберкульоз / Ю.І. Фещенко, С.О. Черенько, А.І. Барбова, Н.А. Литвиненко // Укр. пульмонол. журнал. – 2014. – № 3. – С. 5-7.
11. Шилова М.В. Состояние хирургической помощи больным туберкулезом органов дыхания / М.В. Шилова, Т.С. Хрулева, Э.Б. Цыбикова // Проблемы туберкулеза. – 2005. – № 5. – С 31-36.
12. Aggressive surgical treatment of multidrug-resistant tuberculosis / Y. Shiraishi, N. Katsuragi, H. Kita [et al.] // Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2009. – Vol. 138. – P. 1180-1184.
13. Current Surgical Intervention for Pulmonary Tuberculosis / S. Takeda, H. Maeda, M. Hayakawa [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2005. – Vol. 79 – P. 959-963.

## REFERENCES

1. Babich MI, Timoshenko VP, Tsapiv MV. [The role of video thoracoscopy in treatment of patients with tuberculous pleurisy]. Ukr. pul'monol. zhurnal. 2014;1:33. Ukrainian.
2. Ots ON, Semenov GI, Latyshev AN, Perel'man MI. [Video in phthiology surgery]. Problemy tuberkuleza. 2006;5: 9-13. Russian.
3. Giller DB. [Minimally invasive access using video endoscopic techniques in thoracic surgery]. Khirurgiya. 2009;8:21-28. Russian.
4. Kuzhko MM, Gul'chuk NM, Linnik MI. [Drug-resistant tuberculosis: Prospects for prevention and treatment.] Ukr. pul'monol. zhurnal. 2014;3:12-16. Ukrainian.
5. Sekela MV, Nevzгода OA, Tomashevskiy VV, Motruk YuV. [Palliative surgery for drug-resistant des-

- tructive pulmonary tuberculosis]. Ukr. pul'monol. zhurnal. 2014;1:63. Ukrainian.
6. Perel'man MI, Sokolova GB, Borisov SE. [Treatment of drug-resistant tuberculosis]. Antibiotiki i khimioterapiya. 2003;8: 28-96. Russian.
7. Opanasenko MS, Palivoda MG, Tereshkovich OV, Kalenichenko MI. [Results of surgical treatment of patients with MDR destructive tuberculosis]. Ukr. pul'monol. zhurnal. 2007;3:59-63. Ukrainian.
8. Sabirov ShYu, Dzhuraev ED, Rakhmanov ShA. [Results of surgical treatment of pulmonary tuberculosis and pleura]. Ukr. pul'monol. zhurnal. 2013;3:67. Russian.
9. Savenkov YuF. [Optimization of the surgical treatment of patients with resistant drug pulmonary tuberculosis]. Ukr. pul'monol. zhurnal. 2005;3:40-43. Russian.

10. Feshchenko YuI, Cheren'ko SO, Barbova AI, Litvinenko NA. [The frequency of ofloxacin - and aminoglycoside - resistant strains of Mycobacterium tuberculosis in patients with MDR tuberculosis]. Ukr. pul'monol. zhurnal. 2014;3:5-7. Ukrainian.

11. Shilova MV, Khruleva TS, Tsybikova EB. [State of surgical care to patients with pulmonary tuberculosis]. Problemy tuberkuleza. 2005;5:31-36. Russian.

12. Shiraishi Y, Katsuragi N, Kita H. Aggressive surgical treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2009;138:1180-1184.

13. Takeda S, Maeda H, Hayakawa M. Current Surgical Intervention for Pulmonary Tuberculosis. Ann. Thorac. Surg. 2005;79:959-963.

Стаття надійшла до редакції  
20.12.2014



УДК 616.5:616.89-008.44-055.1

*А.Д. Дюдюн*<sup>1</sup>,  
*Н.Ю. Резніченко*<sup>2</sup>

## **ВПЛИВ ЧАСТОГО ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ НА СТАН ШКІРИ ТА ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»<sup>1</sup>*

*Обласний шкірно-венерологічний диспансер*

*кафедра шкірних та венеричних хвороб*

*вул. Байкальська, 9 а, Дніпропетровськ, 49074, Україна*

*КУ «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер»<sup>2</sup>*

*Запорізької обласної ради*

*SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»<sup>1</sup>*

*Regional Dermatovenereology Dispensary*

*Department of skin and venereal diseases*

*Bajkal's'ka st., 9 a, Dnipropetrovsk, 49074, Ukraine*

*e-mail: andd@ua.fm*

*CI «Zaporizhzhya Regional Dermatovenereology Clinical Hospital»<sup>2</sup>*

*of Zaporizhzhya Regional Council*

*e-mail: nreznichenko@mail.ru*

**Ключові слова:** чоловіки, алкоголь, стан шкіри, гомеостаз

**Key words:** males, alcohol, state of skin, homeostasis

**Реферат.** Влияние частого употребления алкоголя на состояние кожи и общее состояние здоровья мужчин. Дюдюн А.Д., Резниченко Н.Ю. Целью исследования было определение влияния частого употребления алкоголя на состояние кожи и общее состояние здоровья мужчин. Обследовано 197 мужчин в возрасте 45-64 года, которые были распределены в подгруппы в зависимости от частоты употребления алкоголя. Проведена оценка состояния кожи, анкетирование мужчин, исследования микробиоценоза кожи, ротоглотки, кала, уровней половых и гонадотропных гормонов, состояния липидного обмена. Доказано негативное влияние злоупотребления алкоголем на состояние кожи и гомеостаз организма. У мужчин, которые часто употребляют алкоголь, установлено ухудшенное состояние кожных покровов по сравнению с лицами, которые не злоупотребляют алкоголем. У мужчин, которые часто употребляли алкоголь, определены тенденции к нарушениям микробиоценоза кожи, ротоглотки, кала, изменениям уровня тестостерона, лютеинизирующего гормона, ускоренному формированию андрогенного дефицита, изменениям липидного обмена, повышению артериального давления. Злоупотребление алкоголем рассмотрено как один из факторов риска ускоренного старения организма в целом и кожи в частности.