УДК 616-006.6.-089-033.2:616.24
© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

О.А. Суховерша[1,2], С.П. Сазонов[2], Г.Б. Шкарупа[2], В.Ф. Завізіон[1], О.О. Бобров[2], Д.Г. Шкарупа[2]

МІСЦЕ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ МЕТАСТАТИЧНИХ ПУХЛИН ЛЕГЕНЬ

[1] ДУ «Дніпропетровська державна медична академія»,

[2] Дніпропетровський міський хірургічний торакальний центр онкопрофілю КЗ «ДМБКЛ №4» ДОР

Вступ. Питання доцільності хірургічного видалення метастазів злоякісних пухлин в легені на сьогодні остаточно не вирішене. Існуючі критерії відбору хворих недосконалі, оперативні втручання виконуються не більше ніж у 5%-10% пацієнтів з внутрішньолегеневими метастазами.

Мета. Поліпшення результатів лікування хворих з метастазами в легені злоякісних пухлин різних локалізацій за рахунок оптимізації використання хірургічного методу.

Матеріал та методи. Простежено результати лікування 133 хворих з метастазами в легені пухлин різних локалізацій. Переважали пацієнти з раком нирки (16,5%), меланомами (14,3%), саркомами (14,3%), раком молочної залози (12%), колоректальним раком (11,3%). Лікувальна тактика формувалась у залежності від гістогенезу пухлини та її чутливості до медикаментозної та променевої терапії.

Результати. Хворим проведено 145 операцій: 98 атипових резекцій легенів (67,6%+3,9%), 44лобектомії (30,3%+3,8%), 3 пневмонектомії (2,07%+1,1%). Солітарні метастази (1 вузол) були виявлені у 82 хворих (61,6%+4,2%), поодинокі (2-3 вузла) – у 30 (22,5%+3,6%), численні (більше 3-х вузлів) – у 21 (15,8%+3,1%) пацієнтів. Післяопераційна летальність склала 0,7%, загальна кількість періопераційних ускладнень – 9 (6,2%+2,0%). Найкращі показники 5-річного виживання спостерігались у пацієнтів з раком нирки (32,7%+11,8%), саркомами м'яких тканин (7,4%+11,2%), раком сечового міхура (16,5%+11,7%), молочної залози (16,7%+9,8%) та колоректальним раком (13,8%+9,1%). Одночасно, незадовільними слід вважати результати лікування меланом (3-річне виживання – 10,9%+7,2%). Кращі результати спостерігаються у випадках солітарних метастазів та при відсутності ураження внутрішньогрудних лімфовузлів.

Висновки. Паліативна метастазектомія з легенів – ефективний метод поліпшення результатів лікування метастазів солідних пухлин у легені. Доцільне виконання економних резекцій легень із застосуванням відеоасистованого мініторакотомного доступу. Застосування хірургічного методу малоефективне для лікування метастазів меланоми та у випадках поєднання численних метастазів у легені (більше 3-х) з ураженням медіастінальних лімфатичних вузлів.

Ключові слова: метастатичне ураження легенів, хірургічне лікування.

Вступ. Проблема метастазування злоякісних пухлин залишається в центрі уваги онкологів, як з точки зору розуміння закономірностей канцерогенезу, так і у сенсі створення оптимальних лікувальних стратегій. Наявність метастатичного процесу має вирішальний вплив на прогноз онкохворих та можливості їх терапії. Віддалені метастази, які реєструються у пацієнтів під час первинного обстеження чи на етапах лікування, локалізуються найчастіше в легенях та печінці [1,4]. Нерідко метастазування в легені спостерігається при хоріонкарциномі, раку нирки, молочної залози, кишечника, меланомах, саркомах, пухлинах яєчка. Показною є статистика

автопсій, при якій реальна частота метастатичного ураження легенів суттєво вища, ніж та, яка визначена клінічними методами діагностики (табл. 1). Так, при меланомі та саркомах цей показник зростає до 80%, при раку нирки до 75%. У цілому. метастази в легені присутні у 20%-54% онкохворих [1,2,4]. Особливу актуальність визначенню ролі хірургії в лікуванні метастазів пухлин у легені надають успіхи онкології, досягнуті в останні десятиліття.

Таблиця 1

Метастазування злоякісних пухлин у легені (в %)

Локалізація первинної пухлини	Клінічна діагностика	Тільки з метастазами в легені	Результати автопсій
Хоріонкарцинома	50-55	35	80-90
Рак нирки	30-40	4	50-75
Меланома	18-36	5	66-80
Рак молочної залози	20-22	4	60
Саркоми	15-20	12	80
Колоректальний рак	10-16	2-4	25-40
Рак шлунку	7	1-2	25-30
Рак тіла матки	<1	<1	30-40
Рак сечового міхура	<1	<1	25-30
Усі пухлини	до 30	15-20	20-54

Сюди слід віднести впровадження нових методів діагностики, хірургічної техніки, хіміопроменевої та таргетної терапії. На сьогодні терапевтична цінність хірургічного видалення метастазів злоякісних пухлин у легені є загальновизнаною і застосовується в онкологічній практиці.

Історія хірургічного лікування метастазів у легені налічує більше 130 років. Перші свідчення про успішне видалення метастазу з легені під час операції з видалення саркоми грудної стінки містяться в роботі Weinlechner (1882) [цит. 4]. Інтенсивні дослідження доцільності даного підходу розпочались в кінці 40-х років XIX сторіччя після повідомлень по поліпшенню виживання хворих, оперованих у зв'язку з метастатичним ураженням легенів [4,6]. У 1965 році Thomford N.R. та співавт. вперше розробили критерії відбору пацієнтів для хірургічного лікування метастазів солідних пухлин в легені, орієнтуючись на очікуваний 30% рівень п'ятирічного виживання [9]. До критеріїв автори віднесли відсутність вкрай високого операційного ризику, надійний «локальний контроль» над видаленою первинною пухлиною, відсутність даних про метастази в інші органи, наявність поодинокого чи нечисленних утворень в легені. З метою вивчення даної проблеми в 1991 році була створена спеціальна наукова група (International Registry of Lung Metastases), яка об'єднала 18 центрів торакальної хірургії з Європи, США та Канади. З 1991 по 1995 роки групою були проаналізовані довгострокові результати 5206 метастазектомій з легенів, визначені основні значимі

фактори прогнозу (ФП). Методами мультиваріантного аналізу у якості негативних ФП були визначені: нерадикальність видалення метастазу; тривалість періоду до виникнення метастазу менше 36 місяців; множинний характер метастазів. У подальшому критерії були змінені та розширені. На сьогодні вважається можливим оперування хворих з двобічним ураженням легенів, а також наявність «контрольованих» екстраторакальних метастазів.

Однак, незважаючи на тривалий період дослідження даної проблеми, хірургічний метод лікування метастазів використовується досить рідко. Так, зараз оперується не більше 5%-10% пацієнтів з внутрішньолегеневими метастазами [3,6,7,8]. На сьогодні існує цілий ряд невирішених питань, серед яких – доцільність операцій при окремих високоагресивних пухлинах, види операційного доступу, об'єм резекції, ефективність комплексного та комбінованого лікування, основні фактори прогнозу. Вирішення цих питань можливе тільки у рамках проспективних рандомізованих досліджень.

Мета. Поліпшення результатів лікування хворих з метастазами в легені злоякісних пухлин різних локалізацій за рахунок оптимізації використання хірургічного методу.

Матеріал та методи. У Дніпропетровському міському хірургічному торакальному центрі онкопрофілю КЗ «ДМБКЛ №4» з червня 1990 р. по травень 2014 р. оперовані 133 хворих з метастазами в легені пухлин різних локалізацій. Переважали пацієнти з раком нирки (16,5%), меланомами (14,3%), раком молочної залози (12%), колоректальним раком (11,3%) та саркомами різного типу (14,3%) (табл. 2).

Таблиця 2

Характеристика груп хворих, оперованих у зв'язку з метастазами злоякісних пухлин у легені

Локалізація первинної пухлини	Кількість хворих	
	Абс. число	%
Рак нирки	22	16,5±3,2
Меланома	19	14,3±3,0
Рак молочної залози	16	12,0±2,8
Колоректальний рак	15	11,3±2,7
Саркоми м'яких тканин	13	9,8±2,5
Рак сечового міхура	11	8,3±2,3
Рак передміхурової залози	8	6,0±2,0
Тімома	7	5,3±1,9
Остеосаркома	6	4,5±1,8
Рак щитоподібної залози	5	3,8±1,6
Злоякісні пухлини тіла матки	4	3,0±1,4
Рак голови та шиї	2	1,5±1,0
Рак наднирника	2	1,5±1,0
Злоякісна парагангліома	2	1,5±1,0
Рак шлунку	1	0,7±0,7
Усього	133	100

Серед оперованих хворих було 72 чоловіки та 61 жінка, віком від 19 до 78 років. Середній вік пацієнтів склав 52,9+11,2 роки. Інтервал від моменту закінчення лікування первинної пухлини до виявлення метастазів у легенях (disease free interval - DFI) коливався від 0 до 252 міс. (медіана 39,4 міс.). У 6 хворих (4,5%) метастази в легені були виявлені одночасно з первинною пухлиною (DFI=0), тобто при наявності ІУ стадії захворювання.

Лікувальна тактика у хворих формувалась в залежності від гістогенезу пухлини та її чутливості до медикаментозної (хіміо-, гормоно-, імуно-, таргетної) терапії, променевого лікування. У випадку «чутливих» пухлин (рак молочної залози, хоріонепітеліома, остеогенна саркома та ін.) на першому етапі проводився курс системної або/і променевої терапії. Операція призначалась у разі неефективності лікування, або відмови пацієнта від нього. Для пухлин, резистентних, або низькочутливих до медикаментозної чи променевої терапії (меланома, саркома м'яких тканин, колоректальний рак та ін.) відразу розглядався варіант оперативного лікування метастазів. Основним критеріями відбору хворих для операції були: відсутність місцевого рецидиву первинної пухлини; ураження тільки легенів (в окремих випадках допускалась наявність «контрольованих» метастазів у інших органах); можливість видалення усіх виявлених метастазів; функціональна операбельність пацієнта. Хірургічне лікування метастатичного ураження легенів проводилось в основному при однобічному ураженні – у 126 (94,7%+1,9%) хворих, двобічний процес спостерігався у 7 (5,3%+1,9%) випадках. Двобічне видалення легеневих метастазів проводилось поетапно, з інтервалом у 3 тижні. В одному випадку лікування метастазів тімоми застосовувався стернотомний доступ з одномоментним видаленням метастазів з обох легенів.

Результати дослідження та їх обговорення. Хворим загалом було проведено 145 операцій (табл. 3). По об'єму втручань найчастіше виконувались атипові резекції легенів (у тому числі комбіновані полісегментарні) – 98 (67,6%+3,9%), лобектомії застосовувались рідше – у 44 (30,3%+3,8%) і лише в 3-х випадках проведена пневмонектомія (2,07%+1,1%). В останні 10 років переважно виконуються відеоасистовані операції з міні-торакотомним доступом, що дозволило до мінімуму зменшити число ускладнень та суттєво поліпшити функціональні результати втручань.

Операції в 125 випадках (86,2%+2,6%) були «радикальними», у 42 – супроводжувались медіастінальною лімфаденектомією. У 12 пацієнтів виконувались повторні операції у зв'язку з двобічними метастазами, або формуванням в легенях повторних метастатичних вогнищ. Солітарні метастази (1 вузол) були виявлені у – 82 (61,6%+4,2%) хворих, поодинокі (2-3 вузла) – у 30 (22,5%+3,6%), численні (більше 3-х вузлів) – у – 21 (15,8%+3,1%) пацієнтів (табл. 3). Найбільше число метастазів видалялось при саркомах, раку голови та шиї (гортані), меланомі. Максимальна кількість одночасно видалених метастазів – 11. Післяопераційна летальність склала 0,7%, загальна кількість періопераційних ускладнень – 9 (6,2%+2,0%). Проведений аналіз довготривалого виживання 139 оперованих хворих (88,9%) (табл.3). Найкращі показники 5-річного виживання спостерігались у пацієнтів з раком нирки (32,7%+11,8%), саркомами м'яких тканин (7,4%+11,2%), раком сечового міхура (16,5%+11,7%), молочної залози (16,7%+9,8%) та колоректальним раком (13,8%+9,1%). Одночасно, незадовільними слід

вважати результати лікування меланом (3-річне виживання - 10,9%+7,2%). Кращі результати спостерігаються у випадках солітарних метастазів та при відсутності ураження внутрішньогрудних лімфовузлів.

Таблиця 3

Результати лікування хворих, оперованих у зв'язку з метастазами злоякісних пухлин у легені

Первинна пухлина	Число хворих/ операцій	Число метастазів (1 / 2-3 / >3)	3-річне виживан.	5-річне виживан.
Рак нирки	22/24	32 (17/3/2)	38,2±12,4	32,7±11,8
Меланома	19/19	38 (4/9/6)	10,9±7,2	-
Рак молочної залози	16/16	42 (6/6/4)	35,0±14,1	16,7±9,8
Колоректальний рак	15/17	20 (13/2/0)	25,7±12,6	13,8±9,1
Саркоми м'якоткан.	13/16	30 (8/2/3)	32,4±15,2	17,4±11,2
Рак сечового міхура	11/11	19 (8/1/2)	33,1±16,7	16,5±11,7
Рак простати	8/8	9 (7/1/0)	18,6+14.8	ND
Тімома	7/9	24 (3/2/2)	22,5±17,6	11,2+11,0
Остеосаркома	6/7	8 (5/1/0)	28,6±21.1	ND
Рак щитопод. залози	5/5	7 (4/1/0)	21,3±20,1 (2-річна)	ND
Пухлини тіла матки	4/5	5 (3/1/0)	40,0±26.3	ND
Рак голови та шиї	2/3	17 (0/0/2)	ND	ND
Рак надниpника	2/2	2 (2/0/0)	ND	ND
Злояк. парагангліома	2/2	4 (1/1/0)	ND	ND
Рак шлунку	1/1	1 (1/0/0)	ND	ND
Усього	133/145	258 (82/30/21)	-	-

Висновки. Паліативна метастазектомія з легенів – ефективний метод поліпшення результатів лікування метастазів окремих солідних пухлин в легені. Доцільне виконання економних резекцій легень із застосуванням відеоасистованогоміні-торакотомного доступу, що дозволяє зменшити число ускладнень та поліпшити функціональні результати втручань. Критерієм відбору хворих для операцій слід вважати солітарні та поодинокі (не більше 3-х) метастази в легені, можливість їх радикального видалення, відсутність місцевого рецидиву пухлини та метастазів у інші органи. Застосування хірургічного методу малоефективне для лікування метастазів меланоми та у випадках поєднання численних метастазів у легені (більше 3-х) з ураженням медіастінальних лімфатичних вузлів.

Література

1. Ахмедов Б.П. Метастатические опухоли. – М.: Медицина, 1984. – 191 с.

2. Ганул В.Л. Целесообразность хирургического удаления метастазов злокачественных новообразований в легкие / Ганул В.Л., Бороров Л.В., Ганул А.В. и др.. // Клиническая онкология. – 2012. – №5 (1). – С. 18-20.

3. Чиссов В.И. Современная идеология хирургического лечения метастатических опухолей легких / Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х., Паршин В.Д., Пикин О.В. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – №9. – С. 4-12.

4. Greelish J. Secondary pulmonary malignancy /Greelish J., Friedberg J. // Surg. Clin. N. Am. – 2000. – Vol. 80. – №2. – P. 633–657.

5. Long-term results of lung metastasectomy: prognostic analyses based on 5206 cases / The International Registry of Lung Metastases Writing Committee: Pastorino U., Buyse M., Friedel G. et al. // J. Thor. Cardiovasc. Surg. – 1997. – Vol. 113. – P.37-49.

6. Meimarakis G. Resection of Pulmonary Metastases from Colon and Rectal Cancer: Factors to Predict Survival Differ Regarding to the Origin of the Primary Tumor / Meimarakis G. Spelsberg F., Angele M. et al. / Ann. Surg. Oncol. – 2014. – Vol. 21, Iss. 8. – P. 2563-2572.

7. PfannschmidtJ. Surgical Intervention for Pulmonary Metastases / Pfannschmidt J., Egerer G., Bischof M. Et al. / Dtsch Arztebl Int. – 2012. – Vol. 109 (40). – P. 652–658.

8. Rolle A. Is surgery for multiple lung metastases reasonable? A total of 328 cosecutive patients with multiple-laser metastasectomies with a new 1318-nm Nd: YAG laser / Rolle A., Pereszlenyi A., Koch R., Richard M., Baier B. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2006. – Vol. 131. – №6. – P.1236-1241.

9. Thomford N.R. The surgical treatment of metastatic tumor sin the lungs / Thomford N.R., Woolner L.B., Clagett O.T. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. –1965. – Vol. 49. – P.357–363.

10. Treasure T. Pulmonary metastasectomy: what is the practice and where is the evidence for effectiveness? / Treasure T., Milosevic M., Fiorentino F., Macbeth F. // Thorax. – 2013. – 0: P.1–4. doi:10.1136/thoraxjnl-2013-204528.

А.А. Суховерша, С.П. Сазонов, Г.Б. Шкарупа, В.Ф. Завизион, А.А. Бобров, Д.Г. Шкарупа

Место операции в лечении метастатических опухолей легких

ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия», Днепропетровский городской хирургический торакальный центр онкопрофиля КУ «ДГМКБ №4» ДОС

Вступление. Вопрос целесообразности хирургического удаления метастазов злокачественных опухолей в легкие на сегодня окончательно не решен. Существующие критерии отбора пациентов несовершенны, оперативные вмешательства выполняются не более чем у 5%-10% пациентов с внутрилегочными метастазами.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с метастазами в легкие злокачественных опухолей различных локализаций за счет оптимизации использования хирургического метода.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 133 больных с метастазами в легкие опухолей различных локализаций. Наиболее часто оперировались пациенты с раком почки (16,5%), меланомами (14,3%), саркомами (14,3%), раком молочной железы (12%), колоректальным раком (11,3%). Лечебная тактика формировалась в зависимости от гистогенеза опухоли и ее чувствительности к медикаментозной и лучевой терапии.

Результаты. Пациентам было выполнено 145 операций: атипичные резекции легких – 98 (67,6%+3,9%), лобэктомии – 44 (30,3%+3,8%), пневмонэктомии – 3 (2,07%+1,1%). Солитарные метастазы (1 узел) были у 82 больных (61,6%+4,2%), единичные (2-3 узла) – у 30 (22,5%+3,6%), множественные (>3-х узлов) – у 21 (15,8%+3,1%). Послеоперационная летальность составила 0,7%, общее количество периоперационных осложнений – 9 (6,2%+2,0%). Наилучшие показатели 5-летней выживаемости наблюдались у пациентов с раком почки (32,7%+11,8%), саркомами мягких тканей (7,4%+11,2%), раком мочевого пузыря (16,5%+11,7%), молочной железы (16,7%+9,8%) и колоректальным раком (13,8%+9,1%). Неудовлетворительными следует считать результаты лечения меланом (3-летняя выживаемость – 10,9%+7,2%). Лучшие результаты наблюдаются в случае солитарных метастазов и отсутствия поражения внутригрудных лимфоузлов.
Выводы. Паллиативная метастазэктомия из легких – эффективный метод улучшения результатов лечения метастазов солидных опухолей в легкие. Целесообразно использование экономных резекций легких с использованием видеоассистированного мини-торакотомного доступа. Использование хирургического метода малоэффективно при лечении метастазов меланомы и в случаях сочетания множественных метастазов (>3-х) с поражением медиастинальных лимфатических узлов.
Ключевые слова: метастатическое поражение легких, хирургическое лечение

O.A. Sukhoversha, S.P. Sazonov, G.B. Shkarupa,V.F. Zavizion, O.O. Bobrov, D.G. Shkarupa

Surgery in treatment of metastatic lung tumours

Dnipropetrov'skState Medical Academy,

Dnipropetrov'sk onkothoracic centre, Municipal Clinical Hospital №4

Introduction. Feasibility of surgical removal for lung metastases is still not solved. The Existing criteria of the selection patient imperfect, operative interference are executed no more than 5%-10% patient with lung metastasis.
Aim. The improvement results treatment of patients with lung metastases to account of the optimization of the use the surgical method.
Methods. Analysis of treatment outcomes 133 cancer patients evaluated whether surgical removal of metastases of malignant tumors in the lung. Most were often handled patients with renal-cell carcinoma (16,5%), melanoma (14,3%), sarcomas (14,3%), thyroid cancer (12%), colorectal carcinoma (11,3%). Choice of treatment of patients with metastases to the lungs depends on the nature of the primary tumor, radicalism before the treatment, the amount of tumor lesions of the lung and sensitivity to chemoradiotherapy.
Results. The Patients were executed 145 operations: wedge resections of the lung – 98 (67,6%+3,9%), lobectomies – 44 (30,3%+3,8%), pneumonectomies – 3 (2,07%+1,1%). Solitary metastases (1 node) were find in 82 cases (61,6%+4,2%), single (2-3 nodes) - 30 (22,5%+3,6%), plural (>3-h nodes) - 21 (15,8%+3,1%). Postoperative mortality was 0,7%, the perioperative complications were 6,2%. The best performances 5-year survival existed in patients with renal-cell carcinoma(32,7%+11,8%), soft-tissue sarcomas (7,4%+11,2%), breast cancer (16,7%+9,8%) and colorectal carcinoma (13,8%+9,1%). Unsatisfactory follows to consider the results of the treatment of melanoma (3-year survival - 10,9%+7,2%). The best results exist in the event of solitary metastasis and absences of the defeat mediastinal lymphatic nodes
Conclusions. Palliative lung metastasectomy is an efficient method of the improvement results treatment for lung metastases of solid tumors. Reasonable use wedge resection of the lung and VATS-mini-thoracotomy during surgery. Surgical method is inefficient

in patients with malignant melanoma and in case of plural metastasis (>3) with defeat mediastinal lymphatic nodes

Key words: pulmonary metastasis, surgical treatment.

В*ідомості про авторів:*

Суховерша Олександр Анатолійович – д. мед. н., доцент, асистент кафедри онкології та медичної радіології Дніпропетровської державної медичної академії, лікар-хірург-онколог Дніпропетровського міського хірургічного торакального центру онкопрофілю КЗ «ДМБКЛ №4» ДОР. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Ближня 31, тел.: (056) 756-01-27.

Сазонов Сергій Павлович – лікар-хірург-онколог Дніпропетровського міського хірургічного торакального центру онкопрофілю КЗ «ДМБКЛ №4» ДОР. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Ближня 31, тел.: (056) 756-01-26.

Шкарупа Гліб Борисович – завідуючий Дніпропетровського міського хірургічного торакального центру онкопрофілю КЗ «ДМБКЛ №4» ДОР. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Ближня 31, тел.: (056) 756-01-24.

Завізіон Віктор Федорович – к. мед. н., доцент кафедри онкології та медичної радіології Дніпропетровської державної медичної академії. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Ближня 31, тел.: (056) 756-03-22.

Бобров Олександр Олександрович – лікар-хірург-онколог Дніпропетровського міського хірургічного торакального центру онкопрофілю КЗ «ДМБКЛ №4» ДОР. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Ближня 31, тел.: (056) 756-01-22.

Шкарупа Дмитро Глібович – лікар-хірург-онколог Дніпропетровського міського хірургічного торакального центру онкопрофілю КЗ «ДМБКЛ №4» ДОР. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Ближня 31, тел.: (056) 756-01-26.

УДК: 616.24-002.3

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

Р.Б. Франковський, П.А.Стрелець, І.В.Чубар, В.В.Каліновський, В.В.Васильківський

АБСЦЕС ЛЕГЕНЬ – ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ

Хмельницька обласна лікарня

Вступ. Абсцес легень (АЛ) належить до групи гнійно-деструктивних уражень цього органа й спочатку проявляється виникненням некрозу легеневої паренхіми. Далі залежно від резистентності організму хворого, виду мікробної флори й співвідношення альтеративно-проліферативних процесів відбувається або секвестрація і відмежовування некротичних ділянок, або прогресивне гнійно-гнильне розплавлення прилеглих тканин і розвивається гостре нагноєння легень [1, 2]. Патологічний процес у легенях при цьому характеризується динамізмом і одна форма перебігу захворювання може переходити в іншу, а при неадекватному лікуванні в гострому періоді розвивається хронізація процесу [3]. За останні роки кількість відкритих оперативних втручань з приводу хронічних форм АЛ зменшилась, проте зросла питома вага пацієнтів з супутньою патологією дихальної системи (ДС) в поєднанні з АЛ.

Матеріал. Аналіз результатів лікування пацієнтів з різними формами АЛ.

Мета. Покращення результатів лікування пацієнтів з АЛ шляхом аналізу особливостей перебігу та вибору методу лікування.

Результати. Активне ведення усіх форм АЛ в поєднанні з адекватною терапією супутньої патології ДС зменшило рівень післяопераційних ускладнень, кількість