

Хірургічне лікування множинної лікарської стійкості туберкульозу легень у дітей

Фещенко Ю.І., Опанасенко М.С., Терешкович О.В., Конік Б.М., Степанюк А.М., Шамрай М.Ю.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

Результати та їх обговорення. У період із 01.01.2004 по 30.06.2022 нами були прооперовані 37 дітей, хворих на туберкульоз легень із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ). Окрім того, починаючи з 2019 р. у хірургічному відділенні № 2 Національного інституту фтизіатрії і пульмонології НАМН України було застосовано інноваційний допоміжний метод для лікування МЛС-ТБ як у дорослих, так і в дітей, а саме встановлення центральної венозної порт-системи для довготривалого введення ліків. У дослідження були включені діти, які не досягли 18 років.

Серед прооперованих пацієнтів переважали підлітки чоловічої статі. Середній вік хворих становив 13,8 року (від 4 до 18 років). Коефіцієнт чоловіча/жіноча стать – 19 (51,4 %) / 18 (48,6 %).

У досліджуваній групі за профілем резистентності дітей із мультирезистентним ТБ (МРТБ) було 26 (70,3 %), із розширеною резистентністю (РРТБ) – 9 (24,3 %), із невдалим лікуванням ТБ – 2 (5,4 %).

Види оперативних втручань: у 9 (24,3 %) пацієнтів було виконано лобектомію; в 4 (10,8 %) – сегментектомію; в 1 (2,7 %) – пневмонектомію; в 6 (16,2 %) – плевректомію з декортикацією; в 1 (2,7 %) – плевректомію з декортикацією та корегувальною торакопластикою; в 1 (2,7 %) – лобектомію з корегувальною торакопластикою; в 1 (2,7 %) – комбіновану резекцію (верхня частка + S6); у 9 (24,3 %) – відеоасистовані резекції (відеоасистована лобектомія – 7 (18,9 %) випадків, відеоасистована резекція S6 справа – 1 (2,7 %), відеоасистована пульмонектомія – 1 (2,7 %) випадок); у 5 (13,5 %) – VATS-санакцію плевральної порожнини.

Загальна ефективність оперативного лікування у строках спостереження до 10 років становила 97,3 %. Післяопераційної летальності не було. Післяопераційні ускладнення розвинулися в 5 (13,5 %) хворих. В 1 (2,7 %) дитини після верхньої лобектомії зліва виникла мікрофістула з формуванням обмеженої парамедіастинальної залишкової плевральної порожнини. У 2 (5,4 %) випадках спостерігалася недорозправлення легень в ранньому післяопераційному періоді. В 1 (2,7 %) випадку після проведення відеоторакоскопічної санації емпієми плеври, яка виникла внаслідок перфорації каверни, тривалий час спостерігалася скид повітря по дренажам і недорозправлення легень, що потребувало повторних дренажів і санації порожнини плеври. В 1 (2,7 %) дитини після виконання пульмонектомії спостерігалася підвищена резорбція ексудату із залишкової плевральної порожнини з дискомфортними явищами для пацієнтки та клінічно значущим зміщенням органів межистіння. Рецидив МРТБ у післяопераційному періоді зареєстровано в 1 (2,7 %) випадку.

Висновки. Результати хірургічного лікування МРТБ/РРТБ легень у дітей і підлітків у нашому дослідженні кращі, ніж у контингенту хворих на МРТБ/РРТБ різних вікових груп згідно з даними метааналізу, що може пояснюватися малою кількістю наших спостережень і високою репаративною здатністю дитячого організму. При хірургічному лікуванні МРТБ/РРТБ перевагу варто віддавати анатомічним резекціям, оптимальним варіантом операції є лобектомія. Встановлення центральних венозних порт-систем значно поліпшує довготривале лікування пацієнтів із МРТБ/РРТБ та покращує якість їхнього життя.