

ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВІДНОСНО ПОШИРЕНОГО ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Сумський державний університет, медичний інститут

Вступ. Сучасний туберкульоз легень характеризується розвитком хіміорезистентності збудника, зростанням поширених форм, прогресуючим перебігом. Розповсюдженість хіміорезистентного туберкульозу в усьому світі набула некерованого характеру. Це зменшило частоту застосування резектовних хірургічних методів лікування. У свою чергу останніми роками у лікуванні туберкульозу зростає роль колапсохірургічних втручань. Застосування цих методів зменшує терміни стаціонарного лікування хворих, збільшує відсоток припинення виділення мікобактерій туберкульозу і закриття порожнин розпаду, зменшує частоту загострень та рецидивів. Попри значний досвід застосування колапсохірургії, необхідна розробка більш ефективних методів оперативних втручань, перегляд методики їх проведення, способів попередження ускладнень, уточнення показів до використання пневмоперитонеуму (ПП) і тривалості його застосування.

Метою дослідження було розроблення способу хірургічного лікування хворих на відносно поширені форми хіміорезистентного туберкульозу, при якому можлива резекція у об'ємі, що не перевершує 3 сегменти. Оскільки видалити усі специфічні утвори у таких хворих неможливо, таку резекцію доповнюємо інтраплевральною торакопластикою у нашій модифікації. З огляду на хіміорезистентність дане симультанне втручання підсилюємо альтернативним до хіміотерапії втручанням засобом, який гальмуючим чином впливає на туберкульозне запалення – пневмоперитонеум.

Матеріали і методи. Показаннями до застосування запропонованого способу хірургічного лікування поширеного хіміорезистентного туберкульозу легень є: поширення процесу на верхню частку правої легені; поширення процесу зліва на СІ, СІС і СІІІ; наявність визначених інтраопераційно чи променевими методами поодиноких специфічних утворів у оперованій та у протилежній легені; усі типи стійкості мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів, особливо мультирезистентність; погана переносимість хворими антибактеріальних препаратів.

Додатковим показом до ПП відносимо неспецифічні зміни у легенях, а саме: пневмосклероз чи емфізема залишених сегментів, недостатня рухливість діафрагми на стороні операції, емфізема протилежної легені. До цього „наштовхнув” своїми працями Г.Г. Горовенко (1963).

За 2–3 місяці до оперативного втручання хворому накладається пневмоперитонеум у об'ємі 1000 см³ при рухливій діафрагмі на стороні передбачуваного оперативного втручання чи 800 см³ при рухливості діафрагми не більшій за 3–4 см. Резекційне оперативне втручання обов'язково доповнюється інтраплевральною торакопластикою у нашій модифікації в обсязі 5 ребер, що є принциповим.

Результати дослідження. Даний спосіб хірургічного лікування відносно поширеного хіміорезистентного туберкульозу легень застосований у 23 хворих (19 чоловіків та 4 жінок). Середній вік хворих становив $(39,5 \pm 11,6)$ років. Тривалість перебігу захворювання до операції була такою: до 1-го року — у 5 (21,7 %), до 2-х років — у 9 (39,1 %), понад 2 роки — у 9 (39,1 %) осіб. Фіброзно-кавернозний туберкульоз діагностовано у 12 (52,2 %) хворих, інфільтративний туберкульоз — у 6 (26,1 %), множинні туберкуломи — у 1 (4,3 %), множинні туберкуломи з розпадом — у 4 (17,4 %). Бактеріовиділення з хіміорезистентністю мало місце в усіх хворих. Стійкість до 4 протитуберкульозних препаратів виявлена у 6 хворих, до 5 препаратів — у 4, стійкість за типом мультирезистентності — у 13 оперованих. Ознаки дихальної недостатності (ДН) спостерігалися у 11 (84,6 %) досліджених. У тому числі ДН І — у 6 (26,1 %), ДН ІІ — у 5 (21,7 %) оперованих. Дані електрокардіограми виявили дистрофічні зміни у міокарді у 7 (30,4 %) осіб, у 4 (17,4 %) хворих — початкові ознаки хронічного легеневого серця. В усіх хворих оперативне лікування було ефективним. Бактеріовиділення припинилося в усіх 23 (100 %) хворих. Близький і віддалений (до 3 років) післяопераційні періоди перебігали без ускладнень і без проявів реактивації туберкульозу.

Висновки. Запропонований і втілений у життя спосіб симультанного хірургічного лікування на тлі ПП хворих на обмежено поширений хіміорезистентний туберкульоз легень, коли можна виконати резекцію верхньої долі справа чи 3-х верхніх сегментів зліва дозволяє рекомендувати його широке використання. Об'єм плевральної порожнини приведений до відповідності об'єму резектованої легені не „дозволяє” перерозтягнутись оперованій легені чому сприяє ПП. Окрім того ПП, тиснувши на легені діє альтернативно до хіміотерапії. Поряд із цим він попереджає можливу аспірацію у оперовану і протилежну легеню та покращує оксигенацію крові в обох легенях (І. Д. Дужий, 2003).