

**І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, І. А. Пустовий**  
**ПЛЕВРЕКТОМІЯ — ОДИН ІЗ МЕТОДІВ ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ**  
**У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ПЛЕВРИТ**

*Сумський державний університет, медичний інститут*

*Вступ.* Проміжне місце між позалегеновими формами та легеновим туберкульозом займає туберкульоз плеври. У 11 % хворих це захворювання діагностується вже на стадії його хронізації (Ю. Л. Семененков, А. Е. Горбулін, 1983). Разом з тим у процесі лікування у деякій частині хворих відбувається трансформація запалення у хронічну форму (І. Д. Дужий, 2008). При цьому фіброзні зміни поширюються на легеневу паренхіму та на грудну стінку, сприяючи розвитку плеврогенного пневмосклерозу та формуванню фібротораксу (Л. К. Богуш, 1979, В. Н. Наумов, 1988, І. Д. Дужий, 2008).

*Актуальність теми.* Розвиток плеврогенного пневмосклерозу та формування фібротораксу при хронічному туберкульозі плеври призводить до втрати присмоктуючої дії плевральної порожнини та збільшення тиску у малому колі кровообігу, що сприяє поступовому формуванню легеневого серця (В. П. Стрельцов, 2001, В. К. Гаврисюк, 2004, А. І. Ячник, 2009). При консервативному лікуванні ці зміни зворотного розвитку не мають (С. С. Вайль, 1949, Л. К. Богуш, 1979). Такі хворі швидко набирають ознак інвалідності і живуть не більше 2-3 років (Л. Т. Малая, В. К. Гаврисюк, 2004, А. І. Ячник, 2009). Методом попередження інвалідизації у цій ситуації є хірургічне лікування за типом плевректомії (Л. К. Богуш, 1979, І. Д. Дужий, 2003, І. Я. Гресько, 2011).

*Матеріали та методи дослідження.* Під нашим спостереженням було 206 хворих на хронічний туберкульозний плеврит (ХТП), яким виконувалася плевректомія. Найбільш частою скаргю була задишка у спокої у 52 (25,2 %) та у русі — 206 (100 %); кашель у будь-якому положенні тіла — у 162 (78,6 %) та виділення мокротиння під час руху — у 131 (63,6 %).

*Результати та їх обговорення.* Дихальна недостатність (ДН) I ступеня мала місце у 145 (70,4 %) досліджених. Серед хворих I стадії ХТП була у 49 (92,5 %) осіб, II стадія — у 96 (73,8 %). Дихальна недостатність II ступеня була у 55 (26,7 %) досліджених хворих. Серед них хворих на II стадію ХТП було 32 (24,6%) та 23 (100 %) особи з III стадією ХТП.

За даними ЕКГ при I стадії ХТП тахікардія мала місце у 77,4 % обстежених, а при II та III стадіях — у всіх (100,0 %) хворих. Дифузні зміни у міокарді мали місце у 124 (60,2 %) обстежених: при I стадії ХТП — у 7 (13,2 %), при II стадії — у 94 (72,3 %). При III стадії ХТП дифузні зміни міокарда спостерігалися в усіх хворих. Гіпертрофія правого передсердя була лише у 2 (3,8 %) хворих на I стадію ХТП, у 17 (13,1 %) — на II стадію процесу та у 23 (100 %) хворих на III стадію ХТП.

При I стадії ХТП гіпертензія I ступеня мала місце у 7 (13,2 %) хворих, гіпертензія II ступеня — у 2 (3,8 %) обстежених. У хворих на II стадію ХТП гіпертензія I ступеня мала місце у 28 (21,5 %) хворих, II ступеня — у 41 (31,5 %), III ступеня — у 2 (1,5 %) осіб. У досліджених на III стадію ХТП гіпертензія I ступеня мала місце у 1 (4,3%) хворого, гіпертензія II ступеня — у 18 (78,3%) хворих, гіпертензія III ступеня — у 4 (17,4 %). Таким чином, гіпертензія малого кола кровообігу у хворих на I стадію ХТП сумарно мала

місце у 9 (17,0 %) осіб, у хворих на II стадію ХТП — у 71 (54,6 %) особи, а у хворих на III стадію ХТП гіпертензія малого кола кровообігу зафіксована в усіх 23 (100 %) хворих, що свідчить про зростаючий вплив рівня хронізації запалення у плеврі на кровообіг у малому колі кровообігу, що трансформується у хронічне легеневе серце.

Оперативним втручанням в усіх хворих була плевректомія. Перед випискою хворих із стаціонару серед оперованих на I стадію ХТП кількість осіб з ДН I ступеня зменшилася у 3,5 рази і зафіксована у 14 (26,4 %) реконвалесцентів. У хворих на II стадію ХТП серцебиття у русі зменшилося у 4,3 рази, задишка під час руху була менш частою у 11,8 рази, кількість хворих з ДН I ступеня зменшилася у 2,9 рази, досягнувши 33 (25,4 %) осіб. Хворих із ДН II ступеня не спостерігалось взагалі. У хворих на III стадію ХТП серцебиття у русі зменшилось у 29 разів, задишки у них не виявлено, ДН I ступеня мала місце у 13 (56,5 %) досліджених, а дихальна недостатність II ступеня — у 4 (17,4 %) оперованих.

Серед хворих на I стадію ХТП частота тахікардії зменшилася у 8,2 рази, гіпертрофія правого передсердя залишилась без змін. У хворих на II стадію ХТП кількість хворих з тахікардією зменшилася у 3,2 рази, а гіпертрофія правого передсердя залишилась у 15 (21,1 %) оперованих, що менше ніж до операції у 1,1 рази. У хворих на III стадію ХТП тахікардія зменшилася у 3,3 рази, залишившись у 7 (30,4 %) досліджених, ознак гіпертрофії правого шлуночка не встановлено як і до операції.

Вивчення хворих у віддалений період проводилося шляхом анкетування (отримано 103 анкети). ДН I ступеня у реконвалесцентів після операцій з приводу ХТП I стадії мала місце у 3 (7,0 %) анкетованих, на II стадію — у 9 (20,9 %), на III стадію — у 3 (17,6 %) осіб. Серед реконвалесцентів I стадії ХТП тахікардія місця не мала, серед обстежених II стадії вона залишилась у 9 (20,9 %) анкетованих, а після III стадії — у 6 (35,3 %). При вивченні основних параметрів ЕКГ встановлено, що відхилень від норми не мали 73 (70,9 %) реабілітанти. Дифузних змін у міокарді серед обстежених не виявлено. Гіпертензія малого кола кровообігу у віддалений період після операції з приводу I стадії ХТП не мала місця взагалі, серед оперованих з приводу II стадії ХТП гіпертензія I ступеня мала місце у 2 (4,7 %), гіпертензія II ступеня — у 1 (2,4 %) особи. Серед оперованих з приводу ХТП III стадії легенева гіпертензія I ступеня залишалася у 2 (11,8 %) реабілітантів.

*Підсумки.* Плевректомія у віддалений післяопераційний період веде до нормалізації роботи серця, що проявилось зменшенням тиску у малому колі кровообігу у 98 (95,1%) прооперованих, що частіше, ніж до операції у 17,3 рази. Зменшення дифузних змін у міокарді зафіксовано у 124 (60,2 %) хворих, що менше у 2 рази ніж до операції. Нормалізація функції зовнішнього дихання призвела до зменшення рівня дихальної недостатності у 16,6 рази.