

Ю. І. Івон, М. І. Бабіч, В. І. Яковенко

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОЛАПСОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Відділення торакальної хірургії КЗ ХОПТД ХОР

На сьогодні, серйозною епідеміологічною небезпекою є збільшення кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ). Основним і найбільш ефективним методом лікування хворих на туберкульоз є антимікобактеріальна терапія протитуберкульозними препаратами (ПТП), поєднання і комбінація яких дозволяє вилікувати це захворювання. (Фещенко Ю. І., 2010, Черенько С. О., 2011, Бялик Й. Б., 2009). Лікування хворих на МРТБ є складною проблемою через обмежений спектр ПТП, високу вартість препаратів II ряду, їх незадовільну переносимість та велику тривалість лікування (Просветов Ю. В., 2012, Васильєва І. А., 2013). Частота виліковування нового випадку, за даними Звіту з Глобального контролю за туберкульозом 2012 рік становить 85 %, та стосовно МРТБ цей показник сягає відповідно 48–33 %.

У зв'язку з вище сказаним великого значення у комплексному лікуванні хворих на МРБ набувають колапсотерапевтичні методи: штучний пневмоторакс (ШП) та пневмоперітонеум (ПП), висока ефективність яких при вперше діагностованому туберкульозі легень (ВДТБ) неодноразово доведена.

Проведено аналіз результатів застосування ПП та ШП у 54 хворих на МРТБ, що лікувались в КЗ "Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер" ХОР протягом 2012–2013 років. Серед пацієнтів переважали чоловіки — 43 (79,6 %), жінок було 11 (20,5 %). Вік хворих коливався від 21,5 до 64,2 років, складаючи в середньому $(37,4 \pm 1,62)$ років. Миських жителів — 29 (53,7 %), сільських було 25 (46,3 %). Супутня патологія була виявлена у 56 % хворих, у третини з них встановлено поєднання різних нозологій: переважно хронічні захворювання органів травлення, хронічний бронхіт, захворювання серцево-судинної системи.

Усім хворим було проведено загально прийняте клінічне, лабораторне та рентгенологічне обстеження. Відеобронхоскопія виконувалась за допомогою відеобронхоскопу «Fudginon-2500». При збереженні прохідності бронхів на ЦЛКК давався дозвіл щодо застосування колапсотерапії.

Накладення ПП проводилось за стандартною методикою в об'ємі 17–19 % життєвої ємності легень для чоловіків та 21–23 %

— для жінок з підтриманням ПП за рахунок щотижневих інсуфляцій об'ємом 700–800 мл. ПП підтримувався від 3 до 8 місяців в залежності від показань. Ускладнень лікування не відмічалось.

Накладення ШП проводилось після рентгенологічного обстеження за стандартною методикою, шляхом пункції плевральної порожнини, як правило в 4–5 міжреберному проміжку по середній підпахвинній лінії. Під час першої інсуфляції вводили 250–300 мл повітря, наступного дня — 300–350 мл, та ще через день — 300–350 мл, досягаючи розрідження в плевральній порожнині на рівні $-4/-3$, $-3/-2$ см водного стовпчика. ШП підтримували за рахунок щотижневих інсуфляцій об'ємом 300–500 мл, тривалість ШП — від 2 до 6 місяців.

Всі хворі отримували комплексне лікування згідно з вимогами діючих наказів МОЗ України з урахуванням збереженої чутильності до ПТП. Лікування супутньої патології проводилось за загальноприйнятими методами.

Застосування ПП дозволило підвищити відсоток закриття порожнин розпаду з 11,3 % до 46,5 % та підготувати 17 хворих до радикальних резекційних втручань, а у 5 хворих виконати торакопластичні операції. ШП у 12 хворих на тлі ПП виявився менше ефективним, в основному внаслідок виражених плевральних зрощень та ригідності стінок каверн.

При порівнянні з результатами лікування хворих на ВДТБ з використанням колапсотерапії (припинення бактеріовиділення 95 %, закриття порожнин розпаду 82,5 %, скорочення терміну стаціонарного лікування на 33,9 ліжко-дня) очевидно, що необхідно своєчасно скеровувати хворих на ЦЛКК для вирішення питання про застосування ПП, ШП, або обох методів одночасно.

Про необхідність використання колапсотерапії свідчать відсутність ефекту від терапії, що проводиться хворому, погана переносимість ПТП, виявлена супутня патологія, яка обмежує можливості проведення адекватного лікування, низька прихильність до лікування. Одночасне застосування ШП і ПП показане при наявності у хворого відповідних показань для кожного з методів колапсотерапії. Одночасне застосування цих методів є ефективним та не погіршує стан пацієнта.