

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

*Обласний комунальний заклад охорони здоров'я
«Сумський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер», м. Суми*

Актуальність

За останній час в Сумській області, як і в цілому по Україні, різко зростає рівень хворих на мультирезистентний туберкульоз. Лікування таких хворих має свої специфічні особливості. Хворі на мультирезистентний туберкульоз частіше за все мають комплекс поліорганної недостатності, що ускладнює лікування даної патології. Тому стає актуальним питання хірургічного лікування хворих з подібним діагнозом.

Мета дослідження

Впровадження методики хірургічного лікування хворих з мультирезистентним туберкульозом направлене на підвищення ефективності хіміотерапії, та запобігання виникнення залишкових порожнин, котрі можуть виникнути після оперативних втручань.

Матеріали та методи

Нами було проведено ретроспективний аналіз хірургічного лікування 10 хворих на мультирезистентний туберкульоз віком від 27 до 57 років, котрі знаходилися в легенево-хірургічному відділенні Сумського обласного клінічного протитуберкульозного диспансе-

ру в 2015 році. В 7-ми випадках при деструктивних змінах і наявності відсівів в протилежну легеню, або при наявності десимінованих процесів виконувалась екстраплевральна торакопластика. В інших 3-х випадках мали місце односторонні процеси з деструктивними змінами і їм було виконано резекційне оперативне втручання поєднане з інтраплевральною торакопластикою.

Всім хворим в передопераційному періоді нами застосовувалось колапсхірургічне втручання — селективний пневмоперитонеум.

Подібну методику ми використовуємо по схемі за 2 місяці до запланованого оперативного втручання, та продовжуємо на протязі 2 місяців після операції, в об'ємі не менше 500 мл на одну інсуфляцію, з періодичністю 1 раз на тиждень. За рахунок цього відбувається створення підвищеного лімфостазу та легеня набуває «фізіологічного» спокою. Використання подібної методики в передопераційному періоді підвищує ефективність хіміотерапії, та скорочує час передопераційної підготовки.

Підготовка хворих до подібних оперативних втручань потребує ретельного підходу, тому такі хворі частіше за все мають комплекс поліорганної недостатності.

Також потрібно приділити велику увагу психоемоційно-му стану хворого, так як подібні оперативні втручання є великими за об'ємом, та в подальшому несуть за собою інвалідизацію.

Психологічна підготовка хворого полягає в тому, щоб пояснити хворому реальну можливість задовільного перебігу лікування та необхідності активної участі самого хворого в лікувальному процесі. Потрібно пояснити введення хворого в наркоз та вихід із нього. Психологічна підготовка є одним із важливих факторів та дозволяє суттєво зменшити вегетативні та емоційні прояви організму, які закономірно розвиваються в очікуванні операції.

Підтримка анестезії проводиться комплексом заходів, так як дані оперативні втручання є дуже травматичними. На нашу думку найбільш доцільним є поєднання загальної анестезії з епідуральними блокадами на грудному рівні (Th_4 — Th_7). Важливою задачею є підтримка оптимального рівня газообміну і кровообігу. ШВЛ потрібно проводити в режимі нормовентиляції. Обов'язковим аспектом є періодичне відсмоктування мокрот з трахеї та бронхів. Накопичення її легко розпізнати по характерним хрипам, які проводяться в дихальні шланги апарату. Але навіть за відсутності подібних ознак, потрібно періодично проводити контрольне відсмоктування.

Для підтримки оптимального рівня кровообігу бажано використовувати колоїдні, кристалоїдні розчини та компоненти крові (еритроцитарна маса та свіжозаморо-

жена плазма). Потрібно ретельно контролювати крововтрату та об'єм її заміщення, так як надлишкове введення рідини веде до перенавантаження малого кола кровообігу, в результаті чого може виникнути набряк легень.

В післяопераційному періоді важливо не допустити прогресування гіпоксії та недостатності кровообігу. Причинами гіпоксії можуть бути такі причини, як ослаблення дихання внаслідок вираженого больового синдрому та скупчення мокроти в дихальних шляхах. Всім хворим необхідно адекватне знеболення, яке можна досягти введенням аналгетиків в поєднанні з епідуральними блокадами. Важлива роль належить профілактиці дихальної недостатності, котра повинна носити комплексний характер. Відразу після операції хворому бажано надати напівсидячого положення, проводити постійну інгаляцію киснем, створювати умови для полегшення відходження мокроти.

Результати та висновки

Застосування даної методики хірургічного лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз дає високу ефективність лікування та скорочує час передопераційної підготовки. Ускладнення, які б могли виникнути під час оперативного втручання, анестезіологічного забезпечення та в післяопераційному періоді не спостерігалися. В усіх прооперованих хворих на мультирезистентний туберкульоз, по вище вказаній схемі, було досягнуто абацилювання.