

**М. І. Гончарук, С. О. Левчик**

## **ЗАСТОСУВАННЯ КОЛАПСОТЕРАПІЇ ПРИ ЛЕГЕНЕВИХ КРОВОТЕЧАХ У ХВОРИХ З ПОШИРЕНИМ ДЕСТРУКТИВНИМ ДВОБІЧНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ**

*Хмельницький обласний протитуберкульозний диспансер*

### **Актуальність**

Застосування колапсотерапії в комплексі лікування туберкульозу легень, в першу чергу для зупинки легеневих кровотеч (ЛК), постійно викликає дискусії (Яблоков Д. Д., 1971). Штучний пневмоторакс (ШП) рахується абсолютним показом до застосування при лікуванні ЛК. Разом з тим, не у всіх випадках ЛК ШП можна застосовувати. Штучний пневмоперитонеум (ПП) можна застосовувати майже завжди, незалежно від поширеності легеневого ураження, за умови відсутності протипоказів зі сторони серцево-судинної системи і стану черевної порожнини.

У більшості випадків у хворих з поширеним деструктивним двобічним туберкульозом легень, ускладненим ЛК, в яких загальноприйняте консервативне лікування ефекту не дає, а проведення хірургічних втручань (резекційного типу, колапсохірургічних) неможливе із-за поширеності процесу, та важкості стану, лікування потребує застосування додаткових методів зупинки ЛК, зокрема колапсотерапії.

### **Мета дослідження**

Покращити ефективність лікування, прогноз на вилікування та життя хворих з поширеним деструктивним двобічним туберкульозом легень ускладненим ЛК.

### **Матеріали і методи дослідження**

У комплексі лікування 28 хворих з поширеним деструктивним двобічним туберкульозом легень, ускладненим ЛК, застосовувалися методи колапсотерапії (ШП, ПП), в яких загальноприйняті методи консервативної терапії ефекту не давали, а оперативне лікування таким хворим неможливе.

З 28 хворих у 12 пацієнтів була хіміорезистентність, 3 хворих мали супутню патологію (цукровий діабет), у 2 хворих — ВІЛ-асоційований туберкульоз. Всі хворі були з бактеріовиділенням.

Накладання і ведення ШП і ПП проводилося за загальноприйнятими методиками. В 5 випадках у хворих з порушеннями діяльності серцево-судинної системи з ознаками дихальної недостатності, ПП для зупинки ЛК, при неможливості застосування інших методів, формувалася малими дозами введення повітря, враховуючи „атропіноподібний ефект“ введення повітря в черевну порожнину при ПП. Всім хворим впродовж лікування обов'язково проводилася контрольна манометрія.

### **Результати дослідження**

8 хворим накладувався ШП на стороні кровотечі. В 3 випадках спостерігалася часткова облітерація плевральної порожнини, площинні та нитчаті злуки. У 6 хворих досягнуто зупинки кровотечі, з подальшим знебацилен-

ням і позитивною рентгенологічною динамікою в легенях. В 1 хворого з наявністю хіміорезистентності і ВІЛ-інфекції досягнуто зупинки кровотечі, проте знебаццелення досягнути не вдалося. Позитивної рентгенологічної динаміки немає. Одному хворому проводилося почергове накладання ПП, який не призвів до зупинки кровотечі, додатково накладено на стороні ЛК обмежений верхньоселективний позитивний ШП. Кровотеча зупинилася, проте під час спроб продовжити ведення ШП у хворого почала наростати серцево-судинна недостатність. ШП розпущено. Серцева діяльність стабілізувалася. Відновлено ПП. В подальшому хворий помер з причин, не пов'язаних з ЛК.

Хворим з цукровим діабетом наскладався виключно ПП. Ведення хворих з супутнім цукровим діабетом і СНІДом нічим не відрізнялось від загальноприйнятого.

4 хворим ШП накладався при вираженій гіпертензії в плевральній порожнині, оскільки спроби зменшити тиск, чи дислокацію органів межистіння призводили до відновлення ЛК. В подальшому, через тривалий проміжок часу, вдавалося добитися гіпотензії і стабілізації межистіння. В 1 хворого з цієї групи зі значною гіпертензією і зміщенням межистіння в контрлатеральну сторону, при клінічній відсутності виражених порушень діяль-

ності серцево-судинної системи, спроби зменшити кількість введення повітря (вводилося 600–700 мл) і збільшити тривалість проміжку між веденням призводило до відновлення ЛК в межах 1–1,5 л крові, впродовж трьох місяців. Весь період стаціонарного лікування ШП підтримувався позитивним з невеликим зміщенням межистіння в протилежну сторону.

ПП накладався 19 хворим, в залежності від поширення ураження легень (від верхівки гемітораку до діафрагми). У всіх досягнуто зупинки легеневої кровотечі. З цієї групи у 14 хворих з вперше виявленим поширеним двобічним деструктивним туберкульозом легень, ускладненим ЛК вдалося добитися зупинки ЛК, знебаццелення, рентгенологічного закриття деструкції до завершення інтенсивної фази лікування (2–3 місяці). В подальшому ПП підтримувався амбулаторно в оптимальні терміни.

### Висновок

Колапсотерапія (ШП, ПП) у хворих з поширеним двобічним деструктивним туберкульозом легень ускладненим ЛК, за неможливості зупинити кровотечу консервативною терапією та хірургічним лікуванням, є ефективним методом зупинки ЛК і лікування поширеного двобічного деструктивного туберкульозу легень.