

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

КЗ «Херсонский областной противотуберкулезный диспансер»

Актуальность

Повышение эффективности лечения больных туберкулезом легких остается актуальной задачей современной фтизиатрии. В условиях множественной устойчивости возбудителя туберкулеза к противотуберкулезным препаратам возрастает необходимость в более широком применении методов колапсотерапии.

Цель исследования

Изучить результаты применения искусственного пневмоторакса в лечении больных мультирезистентным туберкулезом легких.

Материалы и методы исследования

Мы проанализировали наш опыт применения искусственного пневмоторакса (ИП) у больных мультирезистентным туберкулезом легких (МРТБ), которым проводилось лечение в отделении торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера. Всем больным проводился стандартный объем обследований (общий клинический осмотр, лабораторные исследования, бронхоскопия, рентгенологическое обследование, микроскопическое и микробиологические исследования), назначалась терапия противотуберкулезными препаратами согласно действующим приказам МОЗ Украины.

Результаты исследования

ИП применен у 56 больных. Первоначально вводили 300 мл газа в плевральную полость и контролировали степень спадения легкого рентгенографией на выдохе. Наличие сращений выявлено у 44 (78,6 %) больных, что являлось показанием к проведению видеоторакоскопии (ВТС) и пережиганию выявленных сращений. После операции рентгеноскопически контролировали эффективность ИП, спадение легкого, появление выпо-

та. В зависимости от результатов контроля решался вопрос о необходимом объеме газа, который вводили еженедельно в плевральную полость на протяжении двух месяцев. При выявлении выпота последний полностью эвакуировали, в плевральную полость вводили гормоны и антибиотики.

Обратил на себя внимание тот факт, что у 12 (21,4 %) больных, срок лечения у которых до применения колапсотерапии не превышал 4 месяцев, ИП был эффективным во всех случаях. В случаях, если срок лечения приближался к 8 месяцам, при наложении первичного ИП сращения были выявлены уже у всех больных. У 6 (10,7 %) больных, не смотря на наличие показаний к ИП, применить его не удалось из-за массивных сращений.

У 17 (30,4 %) больных наложение ИП, последующую ВТС и пережигание сращений было выполнено с двух сторон последовательно с определенным промежутком времени. Мы воздерживаемся от одновременного применения ИП с двух сторон из-за высокого риска осложнений.

Наиболее тяжелой была группа из 13 (23,2 %) больных с тотальным поражением одного легкого и каверной в другом, которым накладывался ИП со стороны меньшего поражения с целью стабилизации процесса в легком и закрытия полости распада. У 8 (14,3 %) из них удалось добиться закрытия полости распада, у 2 (3,6 %) — течение заболевания осложнилось плевритом, который не удалось разрешить пункционно и пришлось дренировать плевральную полость. У 3 (5,4%) больных после роспуска ИП, несмотря на его видимо благополучное течение, полость распада осталась.

В большинстве случаев применения ИП (38 больных — 67,9 %) наблюдали положительный эффект колапсотерапии: закрытие полостей распада, абациллирование, рассасывания очагов и инфильтрации легочной паренхимы. 15 больных (26,8 %) в последующем были оперированы. Им произведены такие операции: сегментарные резекции — 9, лобэктомия — 4, пневмонэктомия

— 2 с хорошими непосредственными и отдаленными результатами, рецидивов не было.

Из осложнений после ВТС с пережиганием сращений наблюдалась подкожная эмфизема (13 случаев — 29,5 %), которая не требовала особого лечения. Наличие выпота встретилось значительно реже (5 случаев — 11,4 %).

Выводы

1. Применение ИП у больных МРТБ повышает эффективность лечения, способствует абациллированию и закрытию полостей распада.

2. Применение ИП, как этапа предоперационной подготовки, уменьшает сроки выполнения операции и, в последующем, её объем.

3. Контроль и распускание пневмоторакса следует выполнять не ранее чем через 2 месяца, желательно выполнять спиральную компьютерную томографию и сравнивать ее с данными до лечения.

4. С осторожностью надо подходить к наложению ИП при двухсторонних деструкциях, когда планируется с одной стороны пневмонэктомия. Эти больные переносят ИП тяжелее и результаты не всегда удовлетворительные.
