

І. А. Калабуха, Є. М. Маєтний, В. Є. Іващенко, Я. М. Волошин, Р. А. Веремєєнко

ОСОБЛИВОСТІ КОНТИНГЕНТІВ ТА БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБМЕЖЕНІ ФОРМИ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

ДУ “Національний інститут фізичної медицини та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”

Була проведена оцінка організації хірургічного лікування та його безпосередніх результатів у 90 хворих на обмежені форми хіміорезистентного туберкульозу легень, оперованих у відділенні торакальної хірургії НІФП протягом 2013–2015 рр. Дослідження проводилися за кошти державного бюджету.

Хворим виконувалися тільки резекційні операції, в тому числі — при двобічних процесах. Резекція сегмента(ів) була виконана у 39 (43,3 %), лобектомія — у 22 (24,4 %), комбінована резекція — у 14 (15,6 %), пневмонектомія — у 11 (12,2 %), двобічна резекція — у 4 (4,4 %) пацієнтів.

Оскільки в дослідження увійшли хворі виключно з обмеженими процесами, метою оперативних втручань було досягнення санації інфекційного процесу, в більшості випадків — радикальної (в 11 випадках залишалися поодинокі щільні вогнища на стороні операції або в контрлатеральній легені). В переважній більшості спостережень операції обмежувалися сублобарними резекціями (у межах 1–2 сегментів) та лобектоміями; сумарно, зазначені види хірургічних втручань склали понад дві третини (67,8 %) від усіх виконаних операцій. Колапсхірургічні втручання у дослідженні не застосовувалися. Двобічні операції були виконані у 4 хворих послідовно, з інтервалом 1,5 — 3 місяців; в тому числі у 2 пацієнтів були виконані відеоторакоскопічні атипові крайові резекції з приводу субплеврально розташованої туберкуломи на стороні меншого ураження.

Понад половину пацієнтів було оперовано під час підтримуючої фази хіміотерапії. Однакова кількість хворих була оперована під час інтенсивної фази та по закінченні основного курсу хіміотерапії. 13,3 % оперувалися, перебуваючи на обліку в групі 5.1, чотири пацієнти були зняті з обліку і оперовані у зв'язку з рецидивом захворювання, що виник у віддалений період після попереднього лікування.

Майже половина хворих, які були оперовані, мали рецидив туберкульозного процесу, при цьому — 11 пацієнтів мали другий рецидив, 5 — третій, 1 — четвертий випадок рецидиву. Усі, без винятку, рецидиви були з мультирезистентністю; 18 мали резистентність до одного або декількох протитуберкульозних препаратів другого ряду. Більшість пацієнтів були направлені на хірургічне лікування зі стаціонарів. Усі хворі отримували контр-

ольовану хіміотерапію у відповідності з профілем чутливості до протитуберкульозних препаратів.

З приводу інших форм ЗЗТБ був оперований кожен третій хворий (34,4 %). В цій підгрупі найбільш часто були представлені пацієнти з крупними (понад 3 см) окремими туберкуломами, конгломеративними туберкуломами (але без ознак, зазначених вище), зливними вогнищами у об'ємі один сегмент і більше, вогнищевим процесом на фоні фіброзно-циротичних змін легень. Щодо межі між інфільтративним туберкульозом з розпадом та фіброзно-кавернозним туберкульозом, хворі були розподілені по відповідних підгрупах не тільки, виходячи з клініко-рентгенологічної картини, але й з урахуванням результатів наступного патоморфологічного дослідження резекційного матеріалу.

Переважали хворі з патологічними процесами у межах однієї долі легень (67,7 %), серед яких, близько двох третин становили пацієнти з ураженням 1 — 2 сегментів. При ураженні різних долей, найчастіше, відзначалося ураження S_2 — S_6 або верхньої долі та S_6 ; в одному випадку — верхньої та середньої долей, в одному — верхньої долі та S_4 справа. При двобічному ураженні, в трьох випадках спостерігалися ураження в межах верхньої долі справа та 1 — 2 сегментів зліва. Ураження понад 5 сегментів з одного боку розглядали, як показання до пневмонектомії.

Безпосередні результати хірургічного лікування були задовільними у всіх хворих. Достовірних відмінностей у отриманих результатах, залежно від тривалості передопераційного лікування, не спостерігалось. У одного пацієнта виник рецидив туберкульозного процесу через 4 місяці після операції, який ми пов'язуємо з порушенням режиму післяопераційної хіміотерапії. Йому було відновлене лікування у об'ємі інтенсивної фази у відповідності з його тестом чутливості до ліків. Через 6 місяців він був повторно оперований із досягненням задовільного результату. У однієї хворої спостерігався рецидив після закінчення післяопераційної хіміотерапії у вигляді обмеженого інфільтративного процесу. Останній був вилікуваний консервативно. Відповідно, загальна ефективність хірургічного лікування хворих на обмежені форми хіміорезистентного туберку-

льозу склала 98,2 %, однак при застосуванні відповідних лікувальних заходів у віддаленому післяопераційному періоді, вилікування (за клінічним, мікробіологічним та рентгенологічним результатом) досягнуто у всіх оперованих хворих.

Висновки

Таким чином, у результаті проведених досліджень, було встановлено наступне.

1. Клінічна ефективність лікування хворих на обмежені форми хіміорезистентного туберкульозу легень із застосуванням хірургічного втручання склала 98,2 % з можливістю досягнення вилікування у всіх зазначених пацієнтів.

2. З числа оперованих хворих, 43,3 % лікувалися з приводу рецидивів туберкульозу, що може свідчити як про більш активне направлення на хірургічне лікування зазначеної категорії хворих лікарями-фтизіатрами, так і про більшу прихильність цих пацієнтів до хірургічного лікування. Певним чином, вказана тенденція підтверджується й тим фактом, що більшість

пацієнтів (63,3 %) потрапила на хірургічне лікування із протитуберкульозних стаціонарів. Утім, це може свідчити й про недоліки в організації огляду хірургами хворих на амбулаторному етапі лікування.

3. У переважної більшості хворих були виконані умовно органозберігаючі операції; частка пневмонектомій склала 12,2 %, що є порівняно низьким показником. Враховуючи досягнуті високі показники ефективного лікування в даному дослідженні, вважаємо вибрані об'єми резекцій достатніми для вибраного контингенту хворих.

4. Подовження передопераційного лікування не містило істотного впливу на покращення його результатів. Виходячи з аналізу рентгенологічної динаміки перебігу туберкульозу у обстежених хворих, достатньою умовою є стабілізація процесу, а не певний термін передопераційної хіміотерапії; оптимальними термінами є 6–9 місяців від початку лікування, абсолютно недоцільно (окрім індивідуальних випадків) подовжувати тривалість передопераційного лікування понад 12 місяців.