

М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, С. М. Шалагай
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ
У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ,
ЯКІ ОТРИМУВАЛИ НОВІ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ПРЕПАРАТИ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Широке поширення медикаментозної резистентності *Micobacterium tuberculosis* (ТБ) є головною перешкодою до подолання епідемії туберкульозу легень в Україні і світі. Мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) — різновид полірезистентності до комбінації основних протитуберкульозних препаратів (ПТП) I ряду — ізоніазиду і рифампіцину, ТБ з розширеною резистентністю (РРТБ) — стійкість МБТ до ізоніазиду і рифампіцину в поєднанні зі стійкістю до будь-якого з фторхінолонів і, щонайменше, до одного з трьох ін'єкційних препаратів другого ряду (амікацин, капреоміцин або канаміцин). В основі відеоасистованих (ВАТС) операцій лежить використання ендоскопічної техніки з можливим виконанням мініторакотомії розміром до 8 см, що дозволяє при невеликій операційній травмі досягти бажаного лікувального і діагностичного ефекту.

Мета роботи — представити власний досвід виконання мініінвазивних операцій у хворих на мультирезистентний туберкульоз за останні 3 роки.

Матеріали і методи

За досліджуваний період нами було виконано 33 мініінвазивних операції у хворих на МРТБ та РРТБ. Встановлення імплантованої порт-системи для тривалих інфузій в магістральні вени (підключичну, яремну) — 12 (36,4 %) випадків, завдяки чому, згідно рекомендацій фтизіатра, пацієнти отримували нові протитуберкульозні препарати. ВАТС операції — 21 (63,6 %): серед них — санація плевральної порожнини з біопсією плеври — 5 (15,2 %) спостережень, плевректомія — 2 (6,1 %), типова резекція сегменту легені — 4 (12,1 %), відеоасистована лобектомія виконана 9 (27,3 %) пацієнтам, пульмонекомія у 1 (3,0 %) хворого. Серед пацієнтів, яким виконані ВАТС операції, отримували нові протитуберкульозні препарати 5 (15,2 %). Розподіл за профілем резистентності був наступним: хворих на МРТБ було 17 осіб (51,5 %); хворих на РРТБ — 16 (48,5 %). Всі пацієнти в передопера-

ційному і післяопераційному періоді були консультовані фтизіатрами НІФП НАМНУ. Був проведений курс передопераційної протитуберкульозної хіміотерапії відповідно до діючих нормативних документів. При МРТБ (РРТБ) легень курс лікування до операції був від 6 міс. із застосуванням препаратів II ряду і антибіотиків широкого спектра дії, активних у відношенні до МБТ згідно рекомендацій фтизіатра. На момент проведення резекції легень у більшості пацієнтів було досягнуто стабілізації туберкульозного процесу. Ознаки інтоксикації, лихоманка і/або бактеріовиділення спостерігалось у 4 (12,1 %) пацієнтів.

Результати та обговорення

Післяопераційний період характеризувався: ранньою мобілізацією пацієнта, середній термін післяопераційного перебування в хірургічному відділенні склав, для встановлення імплантованої порт-системи, $(1,1 \pm 0,5)$ днів, для ВАТС операцій — $(14,9 \pm 0,5)$ днів, коротким терміном призначення наркотичних анальгетиків — $(1,8 \pm 0,5)$ днів, низьким рівнем післяопераційних ускладнень — 2 (6,1 %) спостережень, всі вони були ліквідовані консервативно. Була відсутня післяопераційна летальність.

Висновки

Мініінвазивні операції характеризуються високою лікувальною цінністю, поєднують в собі достатню ефективність з малою травматичністю, що особливо важливо для хворих на МРТБ, виснажених тривалим перебігом захворювання, великим медикаментозним навантаженням протитуберкульозними препаратами. Це забезпечує короткий термін лікування пацієнтів в стаціонарі, супроводжується малою кількістю післяопераційних ускладнень, задовільним косметичним ефектом, встановлення порт-систем, забезпечує тривале ефективне ін'єкційне введення ПТП і є важливою складовою комплексного ефективного лікування даної категорії хворих.